

Salud y drogas

Health and drugs

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIO

Daniel Lloret Irlés
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Aizpiri Díaz, Javier

Medicina Psicoorgánica (Bilbao)

Ayesta Ayesta, Francisco Javier

Universidad de Cantabria

Bayés Sopena, Ramón

Universidad Autónoma de Barcelona

Becoña Iglesias, Elisardo

Universidade de Santiago de Compostela

Beneit Montesinos, Juan Vicente

Universidad Complutense de Madrid

Bobes García, Julio

Universidad de Oviedo

Botvin, Gilbert J.

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Cervera Martínez, Gaspar

Hosp. Clínico Universitario de Valencia

Echeburúa Odrizola, Enrique

Universidad del País Vasco

Fernández Hermida, José Ramón

Universidad de Oviedo

Gardner, Eliot Lawrence

Albert Einstein College of Medicine (USA)

Griffin, Kenneth W.

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Guerri Sirera, Consuelo

Instituto de Investigaciones Citológicas

Leukefeld, Carl G.

University of Kentucky (USA)

López Sánchez, Carmen

Universidad de Alicante

Maldonado, Rafael

Universidad Pompeu Fabra

Marín, Gerardo

University of San Francisco" (USA)

Martín González, Emiliano

Ayuntamiento de Madrid

Nájera Morrondo, Rafael

Soc. Española Interdisciplinaria del SIDA

Méndez Carrillo, Francisco Xavier

Universidad de Murcia

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

Navarro García, Miguel

Universidad Complutense de Madrid

Ortíz de Anda, Miguel Ángel

Edex-Centro de Recursos Comunitarios

Pascual Fernández, César

Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar

Social - Gobierno de Cantabria

Pascual Pastor, Francisco

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Pérez de Arróspide, Jesús Ángel

Fundación Vivir sin Drogas

Pérez Gálvez, Bartolomé

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Portilla Sogorb, Joaquín

Hospital Gral Universitario de Alicante

Rochon, Alain

Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)

Rodríguez de Fonseca, Fernando

Universidad Complutense de Madrid

Rodríguez Marín, Jesús

Universidad Miguel Hernández

Ruiz Fernández, Javier

Ayuntamiento de Portugalete

Sánchez Martos, Jesús

Universidad Complutense de Madrid

Sánchez Payá, José

Hospital Gral Universitario de Alicante

Sanchis Fortea, Manuel

Hospital Psiquiátrico de Bétera

Secades Villa, Roberto

Universidad de Oviedo

Singer, Merrill

Hispanic Health Council (USA)

Solé Puig, José

Cruz Roja de Barcelona

Torres Hernández, Miguel Ángel

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Varo Prieto, José Ramón

Servicio Navarro de Salud

Salud y Drogas Vol 5 N 2 Diciembre 2005
Monográfico Drogas y género

INDICE

Editorial	7
<i>José Antonio García del Castillo</i>	
Repercusiones de los malos tratos en usuarias de alcohol	13
<i>Mary-Pepa García Mas</i>	
Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria.	55
<i>Beatriz Delgado, Rebeca Bautista, Cándido J. Inglés, José P. Espada, María S. Torregrosa y José M. García-Fernández</i>	
Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes	67
<i>Marina Muñoz Rivas, José Manuel Andreu y Patricia Gutierrez</i>	
Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas	81
<i>Pilar Blanco Zamora, Carlos Sirvent Ruiz y Leandro Palacios Ajuria</i>	
Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género.	99
<i>Gemma Altell Albajes y Montserrat Plaza Aleu</i>	
Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género	117
<i>Juan del Pozo Iribarría</i>	
Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención	137
<i>Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebullida y Paolo Stocco</i>	

Recensiones de libros

Salud y Drogas Vol 5 N 2 December 2005
Monographic Issue: Drugs and gender

INDEX

Editorial	7
<i>José Antonio García del Castillo</i>	
Repercussions of maltreatment among alcohol users women	13
<i>Mary-Pepa García Más</i>	
Gender differences in alcohol and tobacco use in students of secondary education	55
<i>Beatriz Delgado, Rebeca Bautista, Cándido J. Inglés, José P. Espada María S. Torregrosa y José M. García-Fernández</i>	
Gender and contituity on alcohol, tobacco and cannabis use among young people.	67
<i>Marina Muñoz Rivas, José Manuel Andreu y Patricia Gutierrez</i>	
Gender differences in addiction and therapeutic implications	81
<i>Pilar Blanco Zamora, Carlos Sirvent Ruiz y Leandro Palacios Ajuria</i>	
Acohol abuse and domestic violence from a gender perspective	99
<i>Gemma Altell Albajes y Montserrat Plaza Aleu</i>	
Challenges and perspectives on drug abuse and gender	117
<i>Juan del Pozo Iribarría</i>	
Drug use and gender violence on addicted women in Europe. Keys for its comprehension and intervention	137
<i>Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebullida y Paolo Stocco</i>	

Books review

Género, drogas y futuro.

Sabemos sobradamente que la ciencia avanza despacio, porque desde que se afronta un problema hasta que se llega a concluir algo relevante pueden pasar décadas. En el estudio del comportamiento humano tenemos algunos problemas añadidos, entre otros, la variable tiempo que ejerce una influencia potente en los diseños y hace que se tengan que añadir, variar y/o excluir hipótesis previas que se entendían como potenciadores de una conducta y que han generado un cambio con el paso del tiempo. Por ello desde que se apuntan soluciones posibles a un problema social hasta que se ejecutan o comprueban, puede ocurrir que hayan cambiado las condiciones previas y el problema sea objeto de transformación. No obstante, los avances que hemos experimentado en cuanto a los estudios de género y su relación con el fenómeno de las drogas no se han desgastado, ni tampoco han experimentado cambios sustanciales desde los primeros planteamientos, hecho este, que permite centrar la cuestión en los puntos de partida con meridiana comodidad.

Algunas de las conclusiones a las que hicimos referencia en la IV Reunión Nacional de Drogodependencias dedicada a las Drogas y el Género en el año 2002, están de plena actualidad hoy y son fruto de estudios y trabajos. De hecho algunos de los que presentamos en este monográfico inciden en cuestiones revisadas en esa reunión. Queda patente que las diferencias entre géneros impulsa la diversificación de estrategias a la hora de plantearse la prevención, el tratamiento y la reinserción de las drogodependencias. La percepción social de la mujer drogodependiente está mucho más deteriorada que la del hombre, según se demostró en un informe del Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2004), donde la opinión mayoritaria se centraba en una clara incompatibilidad entre ser mujer y ser drogodependiente, en función de sus características potenciales de maternidad. Son muchas las mujeres con hijos que rehuyen un tratamiento a su enfermedad por el miedo que les provoca pensar que les pueden quitar la custodia de sus hijos. En cambio el hombre se asocia con delincuencia y crimen, donde los daños a terceros serían de carácter co-lateral.

Otra variable asociada al género y que se encuentra omnipresente en la sociedad actual, es la asociación entre consumo de drogas y violencia, entendiéndose esta última en todas sus vertientes, pero incidiendo, sobre todo, en el terrorismo doméstico. Los expertos no se han puesto de acuerdo en la premisa, es decir, si la violencia es consecuencia del consumo o viceversa. La cuestión es que son muchas las situaciones en las que está emparejado el abuso de sustancias con esa forma de terrorismo contra la mujer y los hijos, aunque en ocasiones también sirva de escape o excusa, fundamentalmente en el ámbito judicial, para dar solu-

ciones jurídicas a los maltratadores, achacando el problema de la violencia, única y exclusivamente, al consumo de drogas y que esto sirva de atenuante penal.

A lo largo de la historia de las drogodependencias se puede constatar que todos los recursos que se han ido activando, han sido orientados hacia el género masculino, posiblemente, porque éste ha sido y es, el consumidor mayoritario de todas las sustancias legales e ilegales, a excepción de los medicamentos. Pero este hecho evidente no es razón para que no lleguemos a investigar nuevas fórmulas de afrontar el fenómeno de las drogas desde perspectivas diferentes entre el hombre y la mujer. La paridad de consumos se está haciendo patente en muy pocos años, pero los problemas adyacentes que tiene que soportar la mujer siguen siendo infinitamente mayores.

Dentro de la complejidad que en sí mismo tiene un programa de prevención de drogas, hemos de ser conscientes de las diferencias que marca el inicio al consumo en el género femenino en comparación con el masculino. Históricamente y en la tradición más rancia, la mujer ha jugado un rol diferente al hombre en variables como los estudios, el trabajo doméstico o la economía familiar. La mujer dependiente del marido económicamente es mucho más vulnerable y se relega a gran parte de los “caprichos” que puedan venir del esposo por miedo a quedar abandonada a su suerte sin ningún tipo de recurso para sobrevivir dignamente. La evidencia científica marca la edad de inicio más baja en la mujer que en el hombre, probablemente porque los chicos en el grupo de referencia, suelen ser algo mayores en edad que las chicas. Estas variables son primordiales a la hora de plantear una iniciativa preventiva, dado que se enmarca en parámetros diferenciales a la hora de alcanzar objetivos como el retraso en la edad de iniciación, tan importante en la prevención del abuso de drogas.

Una de las variables asociadas a la mujer que tiene mayor repercusión en el mundo de las drogodependencias es la prostitución. En relación a temas de salud, se considera un problema prioritario el hecho de la cantidad de posibles contagios que tiene a su alcance una mujer drogodependiente que ejerza la prostitución y que padezca alguna enfermedad infecciosa. Si a esto le sumamos la ocultación del problema de abuso de drogas, la complejidad de la situación se engrandece de manera significada. La prostitución está ligada, en muchas ocasiones, con los proxenetas, que inducen u obligan a las prostitutas al consumo de drogas para poder tenerlas sometidas por completo.

Autores como De la Cruz y Herrera (2002) apuntan acertadamente que la adicción en mujeres se caracteriza por la presencia de diversos factores:

- Consumo de drogas apoyados en una falsa sociabilidad, que se materializa en el poder soportar a los hijos, al marido, perder peso, afrontar un problema, relajarse, combatir el aburrimiento, la frustración, etc.
- Relaciones sexuales insatisfactorias.

- Familias desestructuradas.
- Terrorismo conyugal.
- Estrecheces económicas.

Desde el punto de vista de la investigación, tal y como señala Romo (2001), existe una clara desviación hacia y por la línea masculina. De esta forma podríamos señalar:

- Que los estudios aun son escasos en cuanto a la mujer.
- El conocimiento femenino aparece en investigación como una desviación de la norma masculina.
- La percepción social de la mujer drogodependiente es más desviada que la referente al hombre.

Habría que añadir a estos puntos, que la adicción entre las mujeres tiene características diferenciales y distintivas respecto a los varones, fundamentadas en que desarrollan una adicción de una gravedad mayor, que repercute significativamente en consecuencias familiares y sociales más acusadas y en una dificultad añadida a la hora de intentar abandonar el consumo (García del Castillo, 2003).

Finalmente, es muy interesante el trabajo de Rekalde y Vilches (2004) que concluyen en su estudio, con respecto a la visión de las representaciones sociales de las mujeres en referencia a los hombres consumidores, con las siguientes afirmaciones:

- Las mujeres se perciben a sí mismas mucho más vulnerables que los hombres en situaciones de consumo de sustancias y con un miedo intrínseco a ser etiquetadas como “fáciles”.
- En el panorama social se han creado estereotipos despectivos para las mujeres consumidoras y no así para los hombres.
- En general la percepción social es mucho más negativa para las mujeres consumidoras que para los hombres.

Los autores referidos, apuntan en relación al rol, un retroceso, paradójicamente “protector”, a papeles tradicionales que atañen únicamente a la mujer, como estar más vigiladas por los padres y madres, más percepción de riesgo a la hora de consumir alguna sustancia y una responsabilidad global mayor que el género masculino.

El futuro de la investigación y la intervención en mujeres desde cualquiera de sus vertientes -preventiva, terapéutica y/o de reinserción- ha de basarse en el establecimiento de estrategias particulares de género que aborden de una forma seria las connotaciones que implica.

Referencias

- De la Cruz, M. J. y Herrera, A. (2002). *Adicciones en mujeres*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- García del Castillo Rodríguez, J. A. (2003). *Drogas y género*. Zaguán nº 22.
- Rekalde, A. y Vilches, C. (2004). *Drogas de ocio y perspectivas de género en la CAV*. Vitoria: Observatorio Vasco de Drogodependencias.
- Romo, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis*. Donosita: Gakoa.
- OEDT. *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa: OEDT

*Dr. José A. García del Castillo
Director del Instituto de Investigación
de Drogodependencias (INID)
Universidad Miguel Hernández.*

DROGAS Y GENERO

REPERCUSIONES DE LOS MALOS TRATOS EN USUARIAS DE ALCOHOL

Mary-Pepa García Más †
Socidrogalcohol

Resumen. Se abordan las repercusiones de los malos tratos en las personas afectadas, asociadas a la aparición de cuadros clínicos de carácter psicopatológico como la depresión y otras alteraciones de ansiedad, unido al inicio del abuso de alcohol y fármacos de manera temporal o permanente, como medio para muchas víctimas de hacer frente a las reiteradas conductas violentas de sus parejas en el ámbito privado del hogar. Se evalúa el nivel de dependencia etílica del sector femenino a partir de la comparación entre los resultados obtenidos de la encuesta denominada "Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo" y otras investigaciones. Este análisis facilitará un mayor conocimiento sobre las ambivalencias observadas en función de los factores estructurales y socioculturales que presentan las mujeres en el ciclo de abuso de alcohol y violencia, sacando a la luz las diferencias por género en los juicios de valor como consumidores de alcohol y, en consecuencia, en la imagen marginal sociofamiliar de la mujer adicta. También se aprecia, a través de los datos obtenidos, que entre los motivos de inicio de las conductas violentas de sus parejas, en algunos casos, se encuentra el alcoholismo femenino conviviendo con varones abstemios. En otros casos, presentan una incidencia similar de consumo ambos cónyuges en un mismo hogar. Los hábitos y patrones de consumo de las entrevistadas, demuestran la mayor juventud de las mujeres víctimas de malos tratos consumidoras habituales de alcohol, aunque siempre, con un consumo inferior al de sus parejas.

Palabras clave: Comorbilidad psiquiátrica, mujer, tratamiento, usuarias de alcohol, violencia doméstica.

Correspondencia:

Mary-Pepa García Más
Paseo del Pinar 43, 2º derecha.
28230. Las Rozas. Madrid
E-mail: pegamas@terra.es

Abstract. This article raise the consequences that ill treatment can have to the victims related to the apparition of depression and anxiety diseases, and also like starter of alcohol abuse and drugs, temporally or permanently like a form to face up to the continuous violent behaviours of his partners at household. The level of alcohol dependency in women is evaluated by the comparison of the results provided by the study "Evaluation and intervention policies in domestic violence and alcoholism" with others investigations. This analysis will be able the knowledge to the specific functions of structural and cultural factors at the spiral of the female abuse of alcohol and violence. And it will highlight the distinction between genders at value judgements and, by consequence, at the marginal familiar figure of the addicted women. Also we can know through the data obtained that one of the reasons of the beginning of violence is the difficult living together of the teetotal men with the alcoholic women. In many cases, there are a similar consumption of both spouses at the same household. The habits and consumption patterns of women interviewed verify that, women victims of ill treatment and habitual drinkers, are younger that them and her consumption is always minor than the abuse of his partners.

Keywords: Psychiatric comorbidity, women, treatment, alcohol user, domestic violence.

Introducción

Los factores estructurales y socioculturales más convencionales han influido y continúan haciéndolo actualmente en los juicios de valor sobre las consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas y la consideración sociofamiliar marginal de la mujer adicta. Por ello se dan situaciones que consciente o inconscientemente han determinado su función en numerosos aspectos de la vida, al estar basados fundamentalmente en el estereotipo que cada uno de los sexos representa como consumidores de alcohol. Igualmente ocurre con el tipo de violencia, observándose que en el hombre ésta tiene lugar habitualmente en la calle y asociada a robos, peleas, ajustes de cuentas o problemas de celos. En la mujer, en la mayoría de los casos, tiene lugar cuando son víctimas de actos violentos en el hogar en manos de sus parejas, como un intento de control de la relación de pareja y reflejo de una situación de abuso de poder.

Estos patrones socioculturales funcionan como indicadores causales en ambos sexos cuando se producen episodios idénticos de dependencia etílica. Así encontramos que en la mujer el indicador principal apunta a una anomalía psíquica y en el varón, a su entorno social. Llama especialmente la atención que dos problemas tan íntimamente relacionados con las mujeres como

es el uso abusivo de alcohol y la conducta violenta de sus parejas, se den en mayor medida en el ámbito privado del hogar. Por ello, el alcoholismo femenino se ha llegado a definir como "un problema oculto", influido por la existencia de una doble moral que se muestra más rigurosa con las mujeres y más tolerante con el hombre. En ellas, los sentimientos de culpabilidad provocan la automarginación y el deterioro de su imagen a lo que no debe desligarse el marcado desprecio social de estas enfermedades.

Por otra parte, la mayor presencia de la mujer en la vida social, laboral o profesional, no ha supuesto en el plano personal el cambio cultural correspondiente en la misma medida, ni está en relación directa con las manifestaciones actuales del alcoholismo femenino. Por el contrario, persisten los mismos prejuicios sociales y ambivalencias morales, aunque ambos sexos lleguen a equiparar su nivel de consumo, ya que cuando la mujer tiene problemas de dependencia etílica sigue haciéndolo de forma oculta, siendo el grupo con mayor representación el de las mujeres mayores de 45 años, amas de casa, con hijos o solteras, ya que han vivido un diferente aprendizaje en el inicio del alcohol y su patología alcohólica refleja ciertas características socioculturales. A modo de resumen podemos afirmar que en el ámbito profesional, educativo o laboral, se mantiene la distinción de dos clases de bebedoras. Por una parte, la desaparición paulatina de la alcohólica clandestina y, por otra, la persistencia de la bebedora social, que en el momento en el que percibe la exteriorización de su problema de dependencia, vuelve a beber de forma oculta. El cambio se produce en las jóvenes de 16 a 25 años que realizan trabajos remunerados fuera del hogar con distintas profesiones y estatus sociales, y que frecuentan cualquier punto de consumo o venta de bebidas alcohólicas en la misma situación de riesgo que sus parejas, sin que por ello sean censuradas por su grupo de iguales.

No es fácil indagar acerca de las causas reales de la incidencia del consumo de alcohol en la mujer o en ambos cónyuges. La ocultación en que se enmarca el alcoholismo en la mujer, el escaso apoyo familiar del que goza en la mayoría de los casos y el abandono precoz de su tratamiento, sirve para dar una idea de la dificultad y complejidad de su detección y seguimiento. Situación que bien puede aplicarse a los casos de violencia doméstica. Precisamente, la persistencia de la violencia en el ámbito privado del hogar, es lo que la diferencia de otros delitos. A ello se une la permisividad social y cultural ante el acto de beber y la indiferencia de las sociedades con sistemas de valores más tradicionales ante las conductas violentas hacia la mujer que al producirse esencialmente por parte del padre o cónyuge, no suele denunciar-

se, y cuando tiene lugar no suele protegerse debidamente a la mujer ni evitarse la impunidad del agresor. Respecto a este tema los estudios e investigaciones de carácter sociológico que destaquen los aspectos más relevantes del problema resultan insuficientes, a pesar de ser datos esenciales para prevenir los hábitos de conducta de las mujeres que sufren este tipo de situaciones. Todo ello viene a confirmar que desde el punto de vista sociológico queda por desarrollar el tema de la violencia familiar ligado al consumo de alcohol.

Merino (2002), como representante del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), señala que una de las explicaciones indicadas sobre la falta de estadísticas fiables a nivel europeo y su ausencia en los sistemas de Información de Drogas de la UE, se basa en que el número de consumidoras es muy inferior al de varones, por lo que los datos referentes a "dicha información y a las conductas de riesgo asociadas, ha sido frecuentemente extrapolado de los que tienen un mayoritario componente masculino. Aun así, la mayoría de los estados miembros de la UE tiene programas para las mujeres con problemas de drogas". A nivel mundial, considera que "las diferencias de género en el consumo de alcohol y otras drogas son complejas. Vienen relacionadas generalmente con el ciclo vital, el grupo social, el nivel educacional y la localización geográfica. Entre las mujeres más jóvenes, las pautas de consumo tienden a aproximarse, mientras que a medida que la edad aumenta, las diferencias en los patrones de consumo son diferentes".

En un estudio realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, denominado se concluye que "La percepción social de los problemas de drogas en España" se pone de relieve que la percepción social de la transgresión sigue siendo diferente según sea masculina o femenina. Cuando una mujer se somete o somete a consideración, la valoración de un comportamiento, está provocando una doble penalización: la primera, referida a la propia transgresión (que se impone también a los varones) y la segunda y más significativa, es la penalización que conlleva la transgresión del rol, es decir, lo que siendo considerado indeseable para los varones, lo es mucho más si se trata de mujeres" (Rodríguez, 2000). Por otro lado, los efectos del alcohol en la mujer no son básicamente distintos a los del varón, aunque la valoración cultural y social sea diferente a medida que las mujeres pertenezcan a distintas generaciones (Freixa, 1992).

No obstante, los resultados obtenidos de importantes estudios prospectivos han demostrado "cómo muchos de los aspectos referidos a la enfermedad alcohólica primaria (EAP) y el síndrome diferencial del alcohol (SDA), han experimentado un cambio sustancial, ya que los supuestos de preperso-

nalidad alcohólica o neurosis en numerosos casos, no se dan en la mujer que atraviesa ambas situaciones, sino que están basados en patrones y expectativas socioculturales". Tanto los hombres como las mujeres, contrariamente a determinadas suposiciones causales, una vez establecido el alcoholismo, la mayoría de los futuros alcohólicos o alcohólicas no demuestran, en términos de estabilidad emocional o psicológico psiquiátrica, diferencias con el resto de sujetos de control de la misma edad y nivel sociocultural, ni siquiera con los bebedores asintomáticos. Aun así, no se puede negar la importancia de estos factores cuando la dependencia del alcohol ha sido ya establecida como sucede con muchas enfermedades psiquiátricas e incluso orgánicas de expresión crónica, Vaillant (1983).

Los datos referidos a los hábitos de consumo según la pertenencia a una determinada generación, se han visto reflejados a través de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas realizada en 1997 por el Observatorio Español de Drogas (1997). En ella se hacía una llamada de atención sobre el hecho de que a partir de la generación de los nacidos en 1934, se había ido produciendo un proceso de evolución entre los sexos en cuanto al consumo de alcohol según el indicador del último año estudiado que abarcaba a los nacidos entre 1981 y 1984, es decir, la llamada "generación del cambio", con una mayor probabilidad de consumo por parte de las mujeres más jóvenes que llegan a ser consideradas en la encuesta como población de alto riesgo.

En la primera parte de la década de los noventa, los niños/as, adolescentes y las mujeres habían aumentado el consumo de alcohol, reduciéndose significativamente el número de abstemios (Recio, 1991; Freixa, 1992). En este sentido, en investigaciones posteriores estos autores ratificaron los graves daños producidos en la salud debido al consumo de bebidas alcohólicas. A los 15 años de edad las diferencias de consumo por sexo habían prácticamente desaparecido y el 95% de los chicos frente al 90% de las chicas, había consumido uno o varios tipos de bebidas alcohólicas, Mendoza y cols. (1994). No cabe duda de que en la sociedad española "con una prevalencia muy elevada desde la década de los 90, el aumento del alcoholismo femenino es la expresión multimodal de un modelo de ingesta "masculinizado", no sólo en los tipos de bebidas alcohólicas iniciáticas sino también en la precocidad del primer contacto conflictivo con las bebidas alcohólicas en niñas y adolescentes, y el consiguiente aumento de adolescentes mujeres bebedoras y con embriagueces" (Freixa, 2000).

Teniendo en cuenta el consumo en los 30 últimos días en función del sexo y la edad, se observa una mayor proporción de los indicadores de consu-

mo que permite reiterar desde 1999 la existencia de un consumo superior en los varones (75%) al de las mujeres (51%). No obstante, la diferencia se ha ido reduciendo muy significativamente en las mujeres. Así encontramos que de 20 a 24 años desde 1994 se concentran los índices mayores de prevalencia del consumo y una práctica equiparación de hábitos entre los sexos. Si estos mismos datos son analizados partiendo de una frecuencia semanal, los varones duplican con un 62% a las mujeres con un 31%. Este consumo aumenta en los varones de 35 a 39 años y se mantiene en las mujeres de 20 a 24 años aunque, a medida que se van desplazando los cohortes generacionales en el tiempo, las mujeres empiezan a tener representación entre los consumidores de alcohol en la edad adulta, (Observatorio Español de Drogas, 2000).

En este sentido según la investigación realizada sobre "El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino" por el Instituto de la Mujer (2000) aplicada a la población femenina en general y a las escolares en particular, ratifica las diferentes formas de consumo de ambos colectivos. "El 79% de la población femenina global ha consumido alcohol en alguna ocasión. El 5% en días laborales y el 6% en fines de semana, de manera abusiva, al ingerir el equivalente a más de medio litro de alcohol puro diario. Estos índices se sitúan entre 4 y 6 puntos debajo de los varones. Entre las escolares, el 84% ha consumido alcohol en alguna ocasión, y un 6% son bebedoras excesivas, ratio que se eleva al 26% los fines de semana, con una edad media de inicio de 13,3 años entre las escolares, frente a 17,3 años como edad promedio para el global de mujeres".

Los resultados obtenidos de las Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar entre estudiantes de 14 a 18 años, ponía de relieve cómo la equiparación de hábitos entre los sexos (las chicas registran frecuencias discretamente superiores y los chicos consumen mayores cantidades) y la concentración de los consumos en fin de semana, caracteriza los usos de alcohol en este colectivo, observándose una mayor percepción de riesgo. Un 28% de los escolares que han consumido bebidas alcohólicas reconoce haber sufrido las consecuencias negativas asociadas al consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad de los usos recreativos de alcohol. Aun así y a pesar de algunos progresos que se han ido produciendo en el campo de las percepciones sociales (aumenta el rechazo generado por la ingesta diaria de alcohol), sigue siendo frecuente la banalización de los consumos de alcohol (aunque un 20% se emborrachó en el último mes, sólo un 7% percibe que bebe bastante o demasiado), Observatorio Español de Drogas (2000).

Por tanto, actualmente, el alcohol ocupa estadísticamente un lugar destacado como agente marginador, atribuible salvo excepciones, a trastornos de

comportamiento que su uso conlleva como sustancia capaz de provocar tolerancia, adicción y fuerte dependencia psicológica, por lo que representa el porcentaje más elevado de costes sociales. Las publicaciones de las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en los últimos años, indican "que en la evolución experimentada del consumo de alcohol en nuestro país destaca, entre otros aspectos negativos, el progresivo y constante incremento de las mujeres entre la población consumidora. Todos los grupos de mujeres han registrado en el periodo de 1995 a 1999, un intenso aumento del consumo de alcohol, incluso entre los segmentos de edad más elevados (40 a 65 años), que representa el 42% de la muestra. La masiva incorporación tanto de adolescentes como de mujeres al consumo de bebidas alcohólicas, esencialmente en los dos últimas décadas, ha convertido esta sustancia en la principal droga de abuso de nuestro país" (Sánchez Pardo, 2002).

Desde que Goodwin (1979), destacó la importancia de los factores genéticos en el origen del alcoholismo, se ha estudiado de forma sistemática la presencia de antecedentes familiares de esta enfermedad en las primeras consumiciones alcohólicas. Así se ha podido constatar que entre un 50 y 60% de pacientes alcohólicos, tiene antecedentes familiares de primer grado de esta misma enfermedad (Frances y cols., 1980; Schuckit, 1983). Estos mismos autores han puesto de manifiesto que los sujetos con antecedentes positivos, es decir, antecedentes familiares de alcoholismo, registran un inicio más precoz del consumo de alcohol por lo que se le ha denominado "alcoholismo familiar".

En la mujer el influjo de los antecedentes familiares es menos conocido. Aun así, Harver (1987) en un estudio sobre este tema, encuentra que el 50% de las mujeres alcohólicas objeto de su estudio tenía un padre con problemas de alcohol y el 15% una madre alcohólica. También indica que las mujeres con historial familiar positivo presentaban problemas con el alcohol a una edad más temprana aunque no por ello el pronóstico fuera peor.

Dicho consumo causa graves trastornos psicopatológicos en las mujeres. Un estudio llevado a cabo en la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Salamanca, "evidenciaba la presencia de veinte pacientes que previamente a la solicitud de ayuda terapéutica habían sido diagnosticadas con diversos trastornos, preferentemente, de carácter afectivo (50%) por uso de sustancias tanto legales (20%) como ilegales (10%). *Resultados que vienen a ratificar la existencia de una elevada vulnerabilidad psicopatológica en este colectivo de mujeres. Era significativo cómo las mujeres con antecedentes familiares de*

alcoholismo, consumían a su vez, mayores cantidades de alcohol. Treinta mujeres que representaban el 48% tenían progenitores con problemas de alcoholismo, principalmente, el paterno (40%), aunque paralelamente veinte mujeres (32%), reconocían padecer otra clase de trastornos, sin precisar el diagnóstico de sus padres. Del mismo modo que en nuestro estudio, se valoró si el cónyuge de la paciente presentaba algún tipo de psicopatología en el pasado y en la actualidad. Trece mujeres (25%) indicaron que sus maridos eran enfermos alcohólicos y otras cuatro (8%), señalaban otra enfermedad mental, por la que estaban o habían estado en tratamiento" (Ávila, Pérez y Rodríguez Martos, 1996).

Es asumido unánimemente que la agresividad y la violencia pueden preceder al abuso de alcohol tanto entre los agresores como entre las víctimas. Muchas mujeres maltratadas utilizan para reducir la ansiedad, bloquear el malestar emocional y tranquilizarse, algún tipo de medicación y bebidas alcohólicas. Blume (1986) en su análisis sobre el alcoholismo en la mujer señalaba una serie de características, entre las que destacaba la presencia de antecedentes psicopatológicos y la iniciación al consumo de alcohol después de un suceso desencadenante. En este sentido algunos autores destacan que acontecimientos como el abandono (separación, divorcio, fallecimientos familiares, etc.) aparecen con frecuencia en el origen del alcoholismo femenino, Wilsnack (1982) y Vaglum y Vaglum (1987), así como la presencia de un marido alcohólico, Rimmer y Winokur (1972).

Sin embargo, el consumo de alcohol en las mujeres a edades cada vez más tempranas, tiene consecuencias no sólo de índole social y familiar, sino también sanitarias, al encontrarse en una edad generativa apta para procrear. Esta situación provoca graves problemas fisiológicos en los hijos con Síndrome Alcohólico Fetal. Resulta evidente que, a nivel general, la mujer metaboliza un nivel mayor de alcohol en sangre que el hombre con la misma dosis. La precocidad de la presentación de manifestaciones patógenas en pacientes alcohólicas con una historia natural de la enfermedad alcohólica idéntica a la del varón de la misma edad, talla y peso, había sido ya señalada por expertos en Higiene Pública del siglo pasado, entre ellos (Fouquet y Bode, 1985).

Método

Los datos aquí expuestos se basan en las conclusiones más relevantes de la encuesta sociológica de carácter empíricodescriptivo denominada "Evaluación e intervención sobre la Violencia en el hogar y alcoholismo", sub-

vencionada por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y realizada por Socidrogalcohol entre los años 1999 y 2000 (García Más, 1999-2000), cuyo objetivo general se dirige a conocer el nivel de concordancia entre la dependencia alcohólica y el maltrato, así como sus características y factores de riesgo poniendo especial énfasis en la relevancia de los aspectos sociales y sanitarios. En este capítulo se desarrolla la parte del Informe relacionada con la prevalencia de los indicadores de consumo de alcohol de las mujeres víctimas de violencia familiar.

Muestra

La población de referencia la constituye 539 mujeres de 20 a 65 años que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, divididas en dos colectivos bien diferenciados: mujeres víctimas de la violencia doméstica, seleccionadas en los centros de acogida, o grupo general (N=354), (fundamentalmente como esposas); y mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos rehabilitados, o grupo específico (N=185), sin llegar a representar un grupo de control. Las etapas muestrales fueron fijadas en zonas geográficas de gran densidad de población, proponiendo bajo estas características: Madrid, Barcelona, Córdoba y Comunidad Valenciana (Alicante, Castellón y Valencia).

Dentro del diseño de la muestra, se elaboró un cuestionario semiestructurado, aplicado por profesionales especializados en servicios de atención a la mujer y sociales. Dicha metodología y cuestionario, han sido aplicados en otras comunidades autónomas, como es el caso de Valencia (Torres, García Más, Rebollida y Valdés, 2001).

Se han analizado las siguientes variables: características sociodemográficas; proporción de los patrones y hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, frecuencia, cantidad y evolución de la continuidad de consumo; antecedentes familiares de alcoholismo y su influencia en el consumo de alcohol por las entrevistadas; comorbilidad psiquiátrica; consecuencias personales producidas por el consumo y tratamiento recibido.

Resultados

Influencia de las variables censales en el perfil de la población

En nuestro estudio se perfila la localización de las entrevistadas que acuden a las *asociaciones de exalcohólicos rehabilitados de grupos intermedios de edad, de 36 a 45 años y la presencia de un grupo de edad más numeroso, de mujeres de 26 a 35 y 36 a 45, en los centros de acogida.*

Uno de los posibles indicadores sociales relacionados con la existencia de un mayor o menor conservadurismo, puede ser la elección del tipo de relación de pareja o estado civil. Según el total de resultados, un 76% de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos mayores de 45 años han elegido el casamiento eclesiástico mientras que conforman parejas estables o están casadas civilmente, las de 36 a 45 años; frente a un 38% de las mujeres de los centros de acogida separadas/divorciadas o con parejas estables (véase el apéndice). Esto no significa que las mujeres separadas/divorciadas o aquellas que conviven con parejas estables, constituyan el colectivo de población femenina que sufre en mayor medida la violencia familiar. No es una cuestión que atañe a un solo grupo de mujeres, esta presente en mujeres pertenecientes a todos los estratos sociales, grupos de edad y estado civil, desligando esta problemática de una consecuencia exclusiva de la marginalidad.

En cuanto a las *creencias religiosas*, un 63% de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos no practican la religión católica, frente a un 49% de las mujeres residentes en los centros de acogida. El grupo de las agnósticas o que profesa otra religión, suele ser siempre minoritario y perteneciente a grupos de edad más jóvenes comprendido entre los 20 y los 35 años.

Dentro de las características sociodemográficas del universo estudiado, a nivel general, destaca la presencia de mujeres de ambos colectivos, con *estudios preferentemente de carácter primario*. Sólo un 5% y 7% de cada grupo, finalizaron estudios superiores, observándose un mayor nivel educativo entre las mujeres de las *asociaciones de exalcohólicos* con edades comprendidas entre los 20 y los 35 años. Las entrevistadas residentes en los centros de acogida poseen un escaso nivel cultural, siendo más numerosas quienes no han logrado superar la escolaridad obligatoria en los segmentos más jóvenes e intermedios de edad.

La mayoría de las mujeres entrevistadas de ambos colectivos, las que acuden a las asociaciones de exalcohólicos y las residentes en los centros de acogida, son esencialmente amas de casa, (42% y 51% respectivamente), y el resto desempeña trabajos fuera del hogar por cuenta ajena, con una baja cualificación profesional. Hay tres tipos profesionales que destacan entre las mujeres que desempeñan trabajos por cuenta ajena: los servicios de limpieza, el sector de la hostelería y las funciones administrativas en Instituciones Públicas. Las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos realizan trabajos más cualificados tales como la enfermería y trabajos técnicos, al poseer un nivel de instrucción más elevado, especialmente, las mujeres de 20 a 35 años. Los valores cuantitativos más significativos en las entrevistadas de los centros

de acogida, se refieren a trabajos de servicios de limpieza, particularmente, entre las mayores de 45 años, debido a su menor nivel de instrucción (véase el anexo).

El descenso de la natalidad en Europa, especialmente en nuestro país, no señala diferencias entre los dos colectivos. En este estudio queda patente la *existencia de familias nucleares, compuestas por uno o dos hijos*.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos por comunidades autónomas, se observa en los *centros* de acogida, un porcentaje mayor de población juvenil (20 a 35 años) en Barcelona y Comunidad Valenciana. También es mayor en estas zonas el número de poseedoras de estudios secundarios y medios. En Madrid y Andalucía, son mayoritarias las mujeres de edad intermedia, de 36 a 45 años. En cuanto a su relación de pareja, existe un número más elevado de separadas/divorciadas y parejas estables en Barcelona, y casadas eclesiásticamente, en Andalucía y Madrid. Además, en la parte de Andalucía y la Comunidad Valenciana, se concentra el mayor número de amas de casa y es Madrid donde desempeñan el mayor índice de trabajos remunerados fuera del hogar.

En todas las comunidades autónomas se aprecia una presencia mayoritaria de mujeres de 36 a 45 años en las *asociaciones de exalcohólicos*, destacándose un porcentaje más elevado de parejas estables en Barcelona y de casadas eclesiásticamente en Madrid. En Barcelona residen quienes han llegado a finalizar estudios superiores. En cuanto a la actividad que desarrollan, son más numerosas las amas de casa en Andalucía y Madrid. Por el contrario, desempeñan una doble jornada laboral dentro y fuera del hogar en Barcelona (ver Anexo Tablas Generales).

Relaciones parentales de la familia de origen

En líneas generales, las mujeres de ambos colectivos niegan la existencia de malos tratos en su familia de origen. No obstante, agrupando los porcentajes relacionados con la existencia de una relación negativa o indiferente entre sus padres, se detecta que casi la mitad de la muestra de entrevistadas residentes en los *centros de acogida*, reconoce haber vivido en un ámbito familiar desestructurado, con una mala comunicación parental, especialmente así lo consideran las generaciones más jóvenes (de 20 a 35 años), frente a un número más elevado de mujeres de 45 años, que por el contrario, pueden recordar relaciones afectivas. La percepción de las mujeres de las *asociaciones de exalcohólicos*, es más positiva, esencialmente las comprendidas entre los 36 y 45 años y las mayores de 45 años, descendiendo sensiblemente los

porcentajes de quienes la recuerdan mala o indiferente (Tabla 1).

Tabla 1. Relación con su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

Relación	Centros Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Acogd	Asociac	Edad 20-35	Edad 36-45	+45	Edad 20-35	Edad 36-45	+45
	(354)	(185)	(172)	(111)	(69)	(44)	(92)	(48)
Muy buena	18	28	17	9	36	25	28	29
Buena	38	46	38	44	30	32	53	44
Mala	28	13	30	31	17	16	9	19
Indiferente	13	13	12	14	12	27	10	6

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Estos mismos datos analizados en las distintas localizaciones geográficas, permiten descubrir los casos de entrevistadas en los centros de acogida residentes en Barcelona y Madrid, que reconocen la existencia de relaciones conflictivas parentales. Por el contrario, las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos tanto en Andalucía como en Barcelona, guardan un recuerdo más positivo de las relaciones afectivas entre sus padres (Tabla 2).

Tabla 2. Relación con su familia de origen por comunidades autónomas (% verticales)

Relación	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen	Madrid	Andalc	Barcel	C.Valen	Madrid	Andlc	Barcel
	(93)	(134)	(90)	(37)	(55)	(50)	(28)	(52)
Muy bn	26	14	17	19	40	24	21	21
Buena	42	40	37	30	42	40	54	52
Mala	24	30	26	38	6	16	4	23
Indifent	7	15	16	11	11	20	21	4

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Antecedentes de malos tratos y alcoholismo en la familia de origen

A lo largo del análisis se ha podido confirmar la persistencia de las conductas violentas hacia la población femenina encuestada, destacándose los casos en que la madre y la propia entrevistada eran las dos personas que en mayor medida las sufrieron a causa de los trastornos de conducta, personalidad antisocial y diagnósticos depresivos de la figura paterna. Los valores cuantitativos son menos elevados cuando es la madre quien infringió los malos tratos. Los resultados obtenidos referentes al momento de inicio de las agresiones, indican la época del noviazgo en un 47% y el nacimiento del primer

hijo en un 30%. Por el contrario, en el colectivo de entrevistadas en las *asociaciones de exalcohólicos*, las conductas agresivas del padre iban dirigidas preferentemente hacia la entrevistada (Tabla 3).

Tabla 3. Personas de las que recibieron malos tratos en su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad	Edad	Edad	Edad		Edad		
Personas	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Padre	61	67	59	29	33	71	50	83
Madre	30	33	28	71	56	57	13	33
Ambos	8	5	4	8	22	14	--	--
Hermanos/as	10	5	17	--	--	--	13	--
Abuelo/a	5	10	9	--	--	--	25	--
Marido	11	24	13	8	11	--	50	17

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

De la misma manera, a pesar del rechazo inicial mostrado ante la existencia de antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, *confirman el protagonismo de la figura paterna como la persona que presentaba graves episodios de embriaguez*, especialmente, las mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 35 años residentes en los centros de acogida o pertenecientes a segmentos intermedios de edad (36-45 años). La figura del hermano ocupa un segundo lugar de importancia (Tabla 4).

Tabla 4. Antecedentes familiares de alcoholismo en su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad	Edad	Edad	Edad		Edad		
Antecedentes	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Padre	22	21	24	25	12	34	16	17
Madre	5	2	9	2	3	--	3	2
Hermano	14	12	15	12	13	11	13	13
Abuelo/a	6	6	7	5	4	2	9	4
Hijo	--	1	--	--	--	--	--	4
Exmarido	--	16	--	--	--	18	16	13
Ninguno	61	49	57	61	71	41	50	52

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Estos resultados vienen a confirmar la presencia en el hogar de *una alta dependencia alcohólica paterna entre las mujeres con edades de 20 a 35 y de 36 a 45 años de los centros de acogida*. Un 16% corrobora la presencia de maridos o compañeros rehabilitados, que antes de dejar de beber, mantenían reiteradas conductas violentas hacia la esposa e hijos producidas por los efectos del alcohol.

Analizando la influencia de los antecedentes familiares de alcoholismo en el origen de la dependencia a las bebidas alcohólicas de las entrevistadas, se ha podido verificar en el grupo de las mujeres más jóvenes (20-35 años) y en los segmentos intermedios de edad (36-45), la existencia de un 17% de mujeres bebedoras en los centros de acogida cuyos padres eran alcohólicos, seguido por los hermanos, siendo menos frecuente el alcoholismo materno.

Al igual que en otros muchos estudios, se ha detectado en las mujeres que acuden a las *asociaciones de exalcohólicos*, la importancia que reviste la presencia de maridos o exmaridos como causantes de los malos tratos, particularmente en lo referente a las mujeres mayores de 45 años. También encontramos un posible antecedente de alcoholismo en la presencia de un marido o exmarido alcohólico, inexistente en el colectivo anterior. Esta influencia ha sido admitida por las mujeres comprendidas en los distintos grupos de edad, con valores cuantitativos muy similares en todos ellos. Entre un 21% y un 12% confirma la existencia de antecedentes familiares de primer grado que padecen esta misma enfermedad, como el padre y los hermanos.

Hábitos y patrones de consumo de las entrevistadas

A pesar de que el incremento del alcoholismo femenino es un hecho demostrado que hace indiscutible la diferencia de consumo entre ambos sexos en las edades más jóvenes, en una primera aproximación a los datos obtenidos, se pone de relieve el escaso consumo de las entrevistadas de ambos colectivos, contrariamente a la alta dependencia etílica de sus parejas (Tabla 3).

Tabla 5. Consumo de alcohol por las entrevistadas, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad		
Antecedentes	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Si	17	21	19	15	12	25	24	13
No	62	41	60	58	75	46	40	40
No actualmt	9	22	10	11	4	23	23	19

Más de la mitad de la muestra de las mujeres residentes en los *centros de acogida, son abstemias*, sobre todo, las mayores de 45 años, que representan el valor cuantitativo más significativo frente al resto de los grupos de edad de ambos colectivos. Es el rango de edad coincidente con una sociedad más tradicional sujeta a una mayor censura social ante el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población femenina. Se interpreta su enfermedad alcohólica como consecuencia de la influencia de factores de índole psicológica como la soledad derivada de su permanencia en el hogar, la independencia de los hijos, la progresiva falta de amor y atención por parte de su cónyuge o compañero junto a la pérdida del sentimiento de utilidad, a diferencia de sus parejas cuya dependencia ética se atribuye a problemas económicos, laborales y sociales.

La abstinencia es menor entre las entrevistadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, donde por el contrario, se detecta un porcentaje ligeramente superior de consumidoras debido a su pertenencia a segmentos de edad más jóvenes (20-35 años). Un 62% de las mujeres de los centros de acogida son abstemias, frente a un 41% de las entrevistadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos.

No siempre la edad determina la proporción de los indicadores de consumo, también influye en muchos casos la *posición social* y el estado civil, estrechamente vinculados a los sistemas de valores creados en torno al concepto de tercera edad. Aun así, es cierto que la variable edad unida al estado civil, corrobora la tendencia a ocultar la ingesta de bebidas alcohólicas en las personas que pasan más tiempo al día en el hogar como son las mujeres casadas (42%) en los centros de acogida, o las separadas/divorciadas de las asociaciones de exalcohólicos (59%), quienes manifiestan mantener una mayor nivel abstinencia. Aunque el avance de la edad determine la presencia importante de abstemias, paralelamente constatamos un porcentaje significativo de mujeres de 20 a 45 años que rechazan las bebidas alcohólicas. Resultados que vienen a confirmar la existencia de un significativo índice de abstinencia en todos los grupos edad, con porcentajes por encima de la media.

Estadísticamente ocupa un segundo lugar de importancia, la presencia de mujeres rehabilitadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, que han conseguido su deshabitación, esencialmente las comprendidas en los cohortes de edad más jóvenes (20 a 35 años) o intermedios (36 a 45 años). Resultados, por otra parte, previsibles si se tiene en cuenta el incremento que está experimentando la presencia de colectivos juveniles de ambos sexos que solicita ayuda terapéutica grupal o familiar en dichas asociaciones. Para ellos, romper los hábitos de consumo e incrementar las conductas incompatibles con

el alcohol son sus objetivos principales, relacionados con la consecución de una autonomía personal y una mayor autoestima. El número de rehabilitadas desciende muy significativamente en las mujeres residentes en los centros de acogida.

No obstante, resultados cuantitativos obtenidos a nivel general, evidencian la presencia de un 21% de entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos consumidoras habituales de alcohol frente a un 17% de las mujeres de los centros de acogida. Entre sus cónyuges o compañeros, un 59% de las parejas de las mujeres de los centros presenta graves problemas de alcoholismo frente a un 35% de las parejas de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos.

De la misma manera que los varones de su mismo grupo de edad, las formas de relacionarse y las conductas, suponen una dualidad que es a la vez, imitación, rechazo, transgresión y confrontación con el mundo adulto. El aumento del consumo de alcohol por parte de la población juvenil a nivel nacional afecta de igual manera al colectivo de entrevistadas. De hecho, es un rasgo común de ambos colectivos el que exista una mayor proporción de consumidoras cuando pertenecen a cohortes de edad más jóvenes, de 20 a 35 años. La cuarta parte de la muestra de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos pertenecientes a este rango de edad son bebedoras actuales frente a menos de la cuarta parte de las mujeres residentes en los centros de acogida, particularmente en algunas modalidades de consumo. Se observa de igual forma, un consumo significativo de alcohol en las mujeres de 36 a 45 años.

Además de la edad, el nivel de formación interviene significativamente en los indicadores de consumo. En el conjunto de la población femenina entrevistada, existe una relación importante entre la consecución de un mayor nivel educativo y la reducción de la proporción del consumo de alcohol. Diferencialmente, se aprecia cómo el porcentaje de alcoholismo femenino en las entrevistadas residentes en los centros de acogida, se manifiesta en mayor medida cuando han terminado estudios de carácter medio (25%) o secundarios (21%). Por el contrario las mujeres comprendidas en el grupo de edad más joven, de 20 a 35 años de las asociaciones de exalcohólicos observan una estrecha relación entre la finalización de un menor nivel de instrucción y el incremento de la proporción de los niveles de consumo.

Analizados los resultados por comunidades autónomas, se evidencia la presencia más elevada de mujeres con problemas con el alcohol residentes en los *centros de acogida*, especialmente, en la Comunidad Valenciana (Alicante, Castellón y Valencia) y Madrid. A diferencia de las entrevistadas en las aso-

ciaciones de exalcohólicos que rompen dicha simetría, con la presencia de un porcentaje más elevado de enfermas alcohólicas en la provincia de Barcelona y de rehabilitadas en la parte de Andalucía (Tabla 6).

Tabla 6. Consumo de alcohol por la población femenina entrevistada, por comunidades autónomas. (% verticales)

Consumo	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C. Valen (93)	Madrid (134)	Andalc (90)	Barcel (37)	C. Valen (55)	Madrid (50)	Andlc (28)	Barcel (52)
Si	18	8	24	24	18	4	18	42
No	74	73	43	38	46	56	21	33
No actual	7	8	12	14	35	8	36	14

En términos generales, cabe destacar el considerable cambio social experimentado en nuestro país en lo que se refiere a la consolidación de la presencia social del alcohol en ambos sexos, grupos de edad y estatus social, así como en la evolución de continuidad de la proporción de los indicadores de consumo. El descenso de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas añade un elemento de reflexión importante acerca de la progresiva aceptación del alcohol como droga y sus consecuencias más inmediatas en la salud y calidad de vida de las personas (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de consumo por diferenciación de sexo y grupos de edad (% verticales)

Frecun	Centros		Asociaciones		Centros Acogida Edad			Asociaciones Edad		
	Mujrs (59)	Varons (207)	Mujrs (39)	Varons (65)	20-35 (33)	36-55 (17)	+45 (8)	20-35 (11)	36-45 (22)	+45 (6)
Diario	--	--	8	3	--	--	--	9	--	--
S.estab	16	31	6	31	24	30	50	36	23	50
Habitul	58	27	66	10	30	23	25	18	9	--
Ocasion	3	12	4	31	12	12	13	9	41	33
Esporád	8	17	6	15	21	12	12	18	14	17

La tendencia actual hacia la reducción de la dependencia etílica se refleja en la población femenina encuestada con una escasa representación de personas de ambos sexos con un consumo diario. Sólo un 9% de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos presenta esta clase de consumo, mayoritariamente, cuando tienen de 20 a 35 años, con estudios primarios, casadas y un escaso estatus económico y profesional. En contraste, se perfila progresivamente un patrón de consumo los fines de semana representado por un consumo semanal estable, en ambos colectivos de mujeres (31% indistintamente).

Los datos del consumo diario de alcohol obtenidos de la Encuesta

Domiciliaria sobre Drogas realizada en el periodo 1995-1999 publicada por el Observatorio Español de Drogas (1997), se referían a la población masculina adulta. En ellos se indicaba la existencia de un 21% de varones que bebían diariamente frente a un 6% de mujeres, sin alteraciones significativas desde 1995. Para ambos sexos, los mayores consumos se localizan en el grupo de 40 a 65 años, correspondiente en 1999 con el 33% de los varones y el 10% de las mujeres. Es decir, las chicas jóvenes, que a principios de la década de los ochenta comenzaron a consumir alcohol, ya se encuentran representadas en los segmentos de edades adultas. Sin embargo, a pesar del descenso del consumo diario y el incremento del consumo de alcohol como droga recreativa de fines de semana y tiempo de ocio, se percibe un ligero aumento de este nivel de consumo.

Frente a los datos anteriores, hay que matizar las considerables diferencias existentes en las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, al detectarse un aumento de consumo semanal estable u ocasional en detrimento de un consumo habitual o esporádico. Por el contrario, son las entrevistadas en los centros de acogida, quienes presentan un consumo habitual con valores cuantitativos más elevados que otras frecuencias de consumo junto a un consumo semanal estable (fines de semana).

El hecho de que un 31% de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, indique una frecuencia de consumo en fines de semana, con cantidades que oscilan entre una y dos copas diarias, demuestra la paridad de resultados con los rasgos más peculiares de la cultura juvenil de ocio a nivel nacional, cuyo consumo se convierte igualmente en droga recreativa los fines de semana. Esta misma frecuencia se produce en las mujeres mayores del mismo colectivo, coincidiendo con celebraciones especiales familiares, es el denominado consumo intermitente.

Comparada la frecuencia de consumo de sus maridos o compañeros, los resultados corroboran que el perfil de la población de alto riesgo sigue siendo los varones. Es decir, que un 66% de las parejas de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, declare consumir habitualmente, ratifica la mayor frecuencia e intensidad de las pautas y hábitos de consumo de sus cónyuges o compañeros. Dicho consumo, desciende a un 58% en el caso de los centros de acogida. Se podría establecer tres categorías de consumidores de alcohol según la diferenciación de género. Bebedores habituales de fin de semana, que ayudan a precisar el mayor peso de la prevalencia de un consumo semanal estable en las mujeres de los centros, y un consumo habitual en las parejas de las entrevistadas de ambos colectivos.

Analizando la variable edad, son las entrevistadas de 20 a 35 años residentes

en los centros de acogida, quienes indican un consumo habitual, confirmando una vez más, el incremento de consumo de alcohol por parte de las mujeres adolescentes y jóvenes. Esta tendencia a consumir esencialmente los días laborales de forma habitual se produce particularmente en las casadas (42%). La existencia de episodios habituales de intoxicación etílica en las casadas se debe a dos circunstancias concretas: la pertenencia a grupos de edad más jóvenes y la exigencia de una doble jornada laboral (67%) ya que compaginan sus funciones de ama de casa con trabajos de baja cualificación profesional, preferentemente en el sector servicios (33%). De ahí que para este grupo de mujeres, la importancia de la variable edad, prevalezca por encima de cualquier otro factor de riesgo incluida la pertenencia a un mayor estatus económico.

A pesar de la alarma social vinculada al incremento del consumo de alcohol por la población femenina más joven, éste afecta de igual forma a ambos colectivos, el de mayores de 45 años en los fines de semana y el de las comprendidas entre 36 y 45 años. Desde una perspectiva sociológica, el reconocimiento de la existencia de problemas de alcoholismo por parte de las mujeres mayores de 45 años, debe ser explicado a partir del aumento experimentado en nuestro país de la prevalencia de consumo por la población adulta. Así se dan dos actitudes contradictorias: por una parte, la tendencia natural en las mujeres nacidas en sociedades de corte más tradicional a ocultar su alcoholismo y, por otra, el incremento de la presencia social del alcoholismo que justifica el reconocimiento cada vez más frecuente de sus hábitos y patrones de consumo, dándose este fenómeno en mayor medida cuando las mujeres realizan trabajos fuera del hogar.

Según las diferentes frecuencias de consumo semanal se puede establecer el perfil de las mujeres de ambos colectivos. La existencia de un distinto peso estadístico permite destacar cómo se produce en mayor medida un consumo semanal estable, de una a dos veces por semana, cuando pertenecen a edades más avanzadas, mayores de 45 años, seguido de las comprendidas en el segmento intermedio de edad, de 36 a 45, aumentando dichos consumos a medida que desciende la edad de las entrevistadas.

En las mujeres residentes en los *centros de acogida*, los porcentajes referidos a la frecuencia de consumo según el nivel de estudios, indican valores cuantitativos más significativos de consumidoras habituales en los dos extremos de la pirámide educacional. Un 38% de las consumidoras habituales carece de estudios frente a un 33% con estudios superiores. En este colectivo, un 40% consume los fines de semana cuando ha llegado a terminar estudios medios. Por el contrario, la frecuencia de consumo recreativo los fines de semana en las mujeres de las *asociaciones de exalcohólicos* es más elevada

según asciende su nivel de instrucción, es decir, cuando poseen estudios secundarios o superiores (Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de consumo según nivel de instrucción de las entrevistadas (% verticales)

Frecuenc	Centros de Acogida Nivel de estudios					Asociaciones exalcohólicos Nivel de estudios				
	Ningun (126)	EGB (142)	Sec (48)	Med (20)	Sup (18)	Ninguno (43)	EGB (77)	Sec (30)	Med (22)	Sup (13)
Diario	--	--	--	--	--	--	6	--	--	--
S.estab	29	30	30	40	34	--	35	50	17	67
Habitual	38	20	30	--	33	13	6	50	--	17
Ocasional	19	5	20	--	--	25	29	--	67	16
Esporádico	10	20	20	20	33	25	18	--	16	--

Cabe destacar las diferentes frecuencias de consumo según la localización geográfica considerada. En la Comunidad Valenciana, encontramos la existencia de mujeres de las asociaciones de exalcohólicos comprendidas en edades intermedias (36-45 años) con un consumo esporádico. No siendo así en las entrevistadas en los centros de acogida residentes en esta misma comunidad, que aunque mantienen ese mismo nivel de frecuencia, pertenecen a edades más jóvenes (20-35 años) y con estudios superiores. Barcelona alberga un mayor número de mujeres de este último colectivo con un consumo habitual, seguida, con porcentajes menos elevados, por las residentes en Madrid (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de consumo por comunidades autónomas (% verticales)

Frecuencia	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C. Valen (17)	Madrid (11)	Andalc (22)	Barcel (9)	C. Valen (10)	Madrid (2)	Andlc (5)	Barcel (22)
Diario	--	--	--	--	--	50	--	--
S.estable	41	27	23	33	10	50	40	36
Habitual	18	27	32	33	10	--	20	9
Ocasional	12	18	14	--	30	--	--	41
Esporádico	29	18	9	11	30	--	--	14

En cuanto a la cantidad consumida, hay un porcentaje significativo de mujeres residentes en los centros de acogida que llega a consumir de una a dos y de tres a cuatro copas de alcohol los fines de semana (31%). El consumo de forma esporádica u ocasional (que había bebido en alguna ocasión entre uno y los seis últimos meses) es de un 36%. Estas mujeres en el último año habían consumido cantidades que oscilaban entre una y dos, y de tres a cuatro copas. Un 7% llega a consumir más de diez copas de vino al día, esencialmente las más jóvenes (20 a

35 años), aunque su valor cuantitativo resulte escasamente elevado (Tabla 10).

Tabla 10. Cantidad consumida, por diferenciación de sexo y Grupos de edad (% verticales)

Cantidad	Centros		Asociaciones		Centros Acogida Edad		Asociaciones Edad			
	Mujrs (59)	Varons (207)	Mujrs (39)	Varons (65)	20-35 (33)	36-55 (17)	+45 (8)	20-35 (11)	36-45 (22)	+45 (6)
1 a 2	49	12	72	3	49	41	75	46	82	83
3 a 4	29	18	8	8	27	41	13	18	--	17
5 a 6	10	28	10	15	9	12	12	18	9	--
7 a 9	--	10	--	11	--	--	--	--	--	--
10 o +	7	25	5	54	12	--	--	18	--	--

Frente al colectivo anterior, un 18% de las entrevistadas de 20 a 35 años de las asociaciones de exalcohólicos indica consumir 10 o más copas diarias de alcohol.

El resto de las mujeres comprendidas en los otros dos grupos de edad, mantienen un consumo de 1 a 2 copas, con los valores cuantitativos más elevados, a partir de los 36 a 45 años (82%) y entre las mayores de 45 (83%).

En ambos colectivos, se confirma nuevamente un descenso del consumo al aumentar la edad de las entrevistadas (Tabla 10).

En Madrid y Andalucía, las mujeres de los *centros de acogida* son quienes consumen menos cantidades de alcohol, a diferencia de las residentes en Barcelona cuya cantidad asciende a tres o cuatro copas de vino diarias. Aunque los porcentajes son escasamente elevados, se observa la presencia de mujeres residentes en todas las comunidades autónomas con un consumo de más de diez copas al día. Es el caso de las mujeres de las *asociaciones de exalcohólicos* residentes en Madrid y Andalucía, quienes en mayor medida presentan ese nivel de consumo.

La incidencia relacionada con el consumo de uno o ambos cónyuges, se produce en un porcentaje significativo de entrevistadas. Es importante resaltar,

Tabla 11. Cantidad consumida por las entrevistadas, por comunidades autónomas (% verticales)

Cantidad	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Vale (17)	Madrid (11)	Andalc (22)	Barcel (9)	C.Valen (10)	Madrid (2)	Andlc (5)	Barcel (22)
1 a 2	76	27	41	44	70	--	40	86
3 a 4	18	55	23	33	10	--	20	5
5 a 6	--	9	23	--	10	50	--	9
7 a 9	--	--	--	--	--	--	--	--
10 o más	6	9	9	--	--	50	20	--

cómo las entrevistadas residentes en los centros de acogida con porcentajes similares a los de sus parejas, indican su propio consumo de alcohol como el motivo principal por el que sus parejas iniciaron las conductas violentas. Muchas mujeres que conviven o han convivido con varones alcohólicos, suelen llegar al abuso del alcohol como modo de afrontar situaciones conflictivas. La existencia de un número mayor de amas de casa (50%), en un ambiente familiar en el que existen abusos tanto físicos como psicológicos, difícilmente puede encontrarse en otros colectivos de mujeres. Esta situación llega a crearles sentimientos de culpabilidad, miedo e incertidumbre, que en numerosas ocasiones, provoca su iniciación al consumo de bebidas alcohólicas.

Cuando existe en un mismo hogar dependencia alcohólica por parte de ambos cónyuges como es el caso de las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, conviven tanto con enfermos alcohólicos (22%) como con rehabilitados (21%) quienes antes de su deshabituación manifestaban conductas violentas.

En el colectivo de mujeres maltratadas, sean o no ambos cónyuges consumidores de alcohol, sufren igualmente violencia familiar por parte de sus parejas

A nivel nacional, el menor grado de experimentación con las bebidas alcohólicas se compatibiliza con una mayor continuidad y fidelización del consumo. Los datos relativos a la evolución de la continuidad de consumo de alcohol, referido a periodos temporales más extensos, permite conocer la prevalencia de los indicadores de consumo con mayor o menor frecuencia (Tabla 13).

Tabla 12. Motivos por los que iniciaron su agresión, según los Indicadores de consumo de sus parejas

Motivos	Centros de acogida			Asociaciones exalcohólicos		
	Consum	Abstemio	Rehabilitd	Consumidor	Abstemio	Rehabilitado
Desconf	32	42	27	14	--	4
P.Laboral	23	20	33	6	14	1
P.Ecome	29	31	13	10	29	--
Mi consumo	18	2	33	22	14	21
C.violento	12	9	7	2	--	2
Su consumo	31	1	20	39	--	31
Celos	3	11	--	--	--	1
C-drogas	5	4	--	--	--	--
Pegar mujrs	3	4	--	--	--	--
Otrs. Mujrs	1	1	--	--	--	--
Otrs.persons	1	1	7	--	--	--
NS/NC	3	9	7	39	57	49

Nota: los porcentajes suman más del 100%, por indicar varios diagnósticos

El abordaje pormenorizado de la evolución de la continuidad de consumo entre las entrevistadas de ambos colectivos, ha permitido conocer la existencia de un 44% de mujeres de los centros de acogida que bebían desde hace más de un año y también desde hace uno a seis meses (38%) con cantidades comprendidas entre una y dos copas diarias (83%). Es decir, la proporción de entrevistadas que han consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión y lo han hecho hace más de un año, o en el último mes o los seis meses anteriores, es realmente elevada. No obstante, la reducción de la continuidad de consumo es un dato muy positivo.

Tabla 13. Evolución de la continuidad de consumo, por diferenciación de sexo y grupos de edad

Evoluc.	(% verticales)									
	Centros		Asociaciones		Centros Acogida Edad			Asociaciones Edad		
	Mujrs (59)	Varons (207)	Mujrs (39)	Varons (65)	20-35 (33)	36-55 (17)	+ 45 (8)	20-35 (11)	36-45 (22)	+ 45 (6)
1 mes-6	38	20	32	20	35	33	67	30	33	33
1 año	6	7	10	16	6	--	33	--	14	11
+ 1 año	44	67	55	62	53	42	--	70	53	44
- 1 mes	-	--	--	1	--	--	--	--	--	--

Esta evolución es ligeramente menor en las entrevistadas de las asociaciones de exalcohólicos que presentan preferentemente una continuidad mayor al año (55%), manteniendo la misma cantidad, de una a dos copas, aunque con porcentajes más significativos (75%). Por tanto, se produce un descenso del consumo habitual o esporádico, a favor de la ingesta de bebidas alcohólicas con una frecuencia semanal u ocasional. La proporción de mujeres de este colectivo, que reconoce haber consumido a diario, ha dejado de hacerlo en el último año en un 10%, entre el último mes y los seis meses anteriores, un 33% o incluso hace más de un año. Del mismo modo, un 62% ha permanecido abstinentes el último año frente a un 21% que ha dejado de beber en el último mes o los 6 meses anteriores.

Aun así, es evidente la existencia de un porcentaje significativo de entrevistadas que presentan graves problemas de intoxicación etílica si tenemos en cuenta que un 3% de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos reconoce su embriaguez diaria y un 31% ha bebido al menos una o dos veces a la semana.

Del mismo modo, las entrevistadas que residen en los centros de acogida que reconocen haber bebido alcohol, han dejado de consumirlo con un porcentaje significativo en el último mes y los seis meses anteriores.

Según los grupos de edad, el periodo más dilatado en la evolución de la

continuidad de consumo en las mujeres de los centros de acogida que han bebido al menos en una ocasión hace más de un año, se da en mayor medida en el segmento de edad más joven, de 20 a 35 años. Las mujeres de 36 a 45 años presentaban un consumo habitual mínimo de tres veces por semana. Es pues evidente el alto índice de continuidad de este colectivo, debido a que las que bebieron con esa frecuencia también lo hacían el año pasado, y entre uno y los seis meses anteriores, con cantidades que oscilaban entre una y dos (49%), tres y cuatro (27%) o incluso más de diez copas diarias (12%). De hecho, las consumidoras que presentan un mayor riesgo se concentran en esos segmentos de edad en un intervalo temporal de uno a los seis meses últimos, elevándose en las mayores de 45 años. La continuidad de consumo hace tan solo un año presenta una quiebra significativa de la trayectoria frente al resto de los intervalos temporales. Un 22% de las mujeres con más de 45 años presenta en mayor medida esa evolución de consumo, que desciende hasta un 6% en las edades más jóvenes. No obstante, no debe despreciarse el incremento del consumo de alcohol por parte de este segmento de población como demuestra el que se confirme en este segmento un consumo semanal estable, en fines de semana e incluso habitual que ha bebido hace un mes y los seis meses anteriores, con cantidades de una a dos copas diarias, que en el caso de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, desciende a un consumo semanal estable, de una a dos veces a la semana o un consumo intermitente.

Sin embargo, los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas en las asociaciones de exalcohólicos, indican una continuidad en la evolución de consumo similar al otro colectivo, siendo igualmente las comprendidas en los segmentos de 20 a 35 y de 36 a 45 años, consideradas consumidoras de alto riesgo, debido a que quienes bebieron con esa frecuencia, lo hacían también hace un año o desde hace un mes y los últimos seis meses. La edad de las mujeres que bebían hace un año, se invierte en relación con el colectivo anterior que asciende en los segmentos intermedios de edad, de 36 a 45 años o en las mayores de 45 que mantienen esa continuidad de consumo.

En las distintas comunidades autónomas, a su vez, los porcentajes obtenidos más significativos permiten indicar la localización de las mujeres de los centros de acogida con una evolución de continuidad de consumo más elevada en Madrid y Barcelona. En Andalucía los periodos temporales son menos extensos. Por el contrario, las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos residentes en la Comunidad Valenciana presentan una continuidad ligeramente superior, al detectarse que quienes habían bebido entre el último mes y los seis meses anteriores también lo habían hecho hace más de un año (Tabla 14).

Tabla 14. Evolución de la continuidad de consumo por comunidades autónomas (% verticales)

Evolución	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (6)	Madrid (10)	Andalc (11)	Barcel (5)	C.Valen (19)	Madrid (4)	Andlc (10)	Barcel (7)
1 a 6 meses	33	--	72	40	47	25	20	14
1 año	--	--	18	--	6	--	20	14
+ 1 año	50	80	--	60	47	75	60	57

Patologías de salud mental

Los resultados obtenidos ratifican cómo ser víctima de un delito, en este caso de maltrato, puede tener repercusiones muy negativas para las personas afectadas, apareciendo cuadros clínicos asociados a trastornos y otras alteraciones como la depresión y la ansiedad, relacionados con problemas de alcoholismo de forma temporal o permanente. A nivel general, se percibe una elevada psicopatología psiquiátrica en las mujeres de ambos colectivos. El diagnóstico que aconseja un tratamiento psiquiátrico por problemas de salud mental tras reiteradas conductas agresivas de sus parejas en un periodo de deshabitación o de abstinencia, está vinculado preferentemente con los trastornos depresivos, causados por el miedo a las represalias y a perder la tutela de los hijos, que les lleva en ocasiones a poner en riesgo sus vidas con intentos de suicidio. En un segundo orden de importancia destaca la existencia de trastornos de ansiedad, observándose la presencia de un 35% de mujeres de ambos colectivos que los sufren.

Esta clase de trastornos se produce en casi la práctica totalidad de la muestra de las entrevistas en las asociaciones de exalcohólicos y sus parejas. El 82% que presenta síntomas depresivos se corresponde con un 60% de sus maridos o compañeros. Porcentaje que desciende hasta un 79% en las mujeres de los centros de acogida, y a un 23% en sus parejas, asociado a las situaciones de estrés y malos tratos.

Si valoramos estos mismos datos teniendo en cuenta los cohortes de edad, encontramos la persistencia de graves trastornos de ansiedad y depresivos en las mujeres más jóvenes de los centros de acogida. En este caso, existe una estrecha relación entre el aumento de la edad y la disminución de estas patologías, a diferencia de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, donde se percibe un incremento de los trastornos de ansiedad en las mayores de 45 años (Tabla 15).

Estos resultados van configurando paulatinamente las características tipológicas de las entrevistadas de ambos colectivos y permite conocer la influencia en las mujeres de los centros de acogida de las conductas agresivas de sus maridos o compañeros como motivo de la petición de admisión en los centros y de la presen-

Tabla 15. Patologías que padecen por diferenciación de sexo y grupos de edad (% verticales)

	Centros		Asociaciones		Centros Edad			Asociaciones Edad		
	Mujrs (106)	Varons (63)	Mujrs (72)	Varons (48)	20-35 (36)	36-45 (41)	+45 (28)	20-35 (12)	36-45 (40)	+45 (20)
Diage	79	23	82	60	64	85	89	92	86	75
Depr.	35	18	35	35	50	27	25	25	35	40
Ansied	1	6	1	4	3	--	--	--	3	--
Demene	2	51	4	23	3	--	4	--	5	5
P.agrv	--	--	4	8	--	--	--	8	3	5
Alcohol	3	8	1	1	6	2	--	--	--	5
Otros										

Nota: los porcentajes suman más del 100%, por indicar varios diagnósticos.

tación de denuncias. En las entrevistadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, la dependencia etílica de sus parejas, en numerosos casos, repercute en el aumento de conductas violentas en el ámbito del hogar así como en la aparición o progresión de cuadros depresivos y de ansiedad. Naturalmente en éste y otros temas, existen diversos factores que provocan situaciones de conflicto personal en mayor o menor medida, como puede ser el nivel educativo. Los cuadros depresivos señalan porcentajes cercanos a la totalidad de la muestra por las mujeres de este colectivo con un mayor nivel de formación. Estas patologías están íntimamente relacionadas con la falta gradual de autoestima causada esencialmente por la incapacidad de controlar o incluso prevenir las impredecibles conductas agresivas de sus parejas.

El perfil de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, anticipa una menor importancia (37%) de estos cuadros debido a la mayor aceptación o aparente tolerancia de los desajustes familiares producidos por la dependencia etílica de sus parejas. No obstante, se observa un número mayor de cuadros depresivos cuando conviven con varones rehabilitados (87%), debido a sus fases de recaídas. Porcentaje que desciende ligeramente (84%) cuando existe la convivencia con enfermos alcohólicos.

A través del análisis de la influencia de la dependencia etílica de sus parejas en las patologías que padecen las entrevistadas, se han ido perfilando los rasgos particulares de ambos colectivos, permitiendo comprobar cómo en las mujeres residentes en los centros de acogidas, un 89% de este colectivo sufre estados depresivos y un 43% cuadros de ansiedad cuando sus parejas son abstemias, perfilándose la imprevisibilidad de las conductas agresivas de sus cónyuges o compañeros basadas esencialmente en su personalidad violenta aumentada por el consumo de alcohol.

El análisis por comunidades autónomas ha permitido conocer la presencia de mujeres de los centros de acogida, cuyas parejas muestran una personali-

Tabla 16. Patologías que padecen por comunidades autónomas (% verticales)

Diagnóstico	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (28)	Madrid (17)	Andalc (41)	Barcel (20)	C.Valen (21)	Madrid (17)	Andlc (16)	Barcel (18)
Depresión	24	21	33	25	46	62	46	85
Ansiedad	18	17	22	13	9	31	82	23
Demencia	12	--	22	--	9	8	--	--
P. agresiva	47	59	22	63	27	54	--	--
Alcoholismo	--	--	--	--	18	15	--	--

Nota: los porcentajes suman más del 100%, por indicar varios diagnósticos.

dad violenta causante de situaciones conflictivas en el ámbito del hogar como es el caso de Barcelona, Madrid y Comunidad Valenciana. Por el contrario en el sur de España son más frecuentes los trastornos depresivos, a los que se les une estrechamente los de ansiedad y demencia con un mismo valor porcentual (22% respectivamente). Perfil diferente es el de las parejas de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, donde son más numerosos los cuadros depresivos tanto en la Comunidad Valencia como en Madrid y Barcelona, así como los de ansiedad, especialmente en Andalucía. En este colectivo, paralelamente se observa la presencia de un número elevado de varones con personalidad agresiva derivada de la incidencia de problemas de alcoholismo, que dan lugar a la necesidad de solicitar un tratamiento psiquiátrico. Dichos resultados, no han sido observados en el resto de las comunidades autónomas (Tabla 16).

Un 18% de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos residentes en la Comunidad Valenciana y un 15% de Madrid, señalan su consumo de bebidas alcohólicas como consecuencia de las reiteradas conductas violentas de sus cónyuges o compañeros.

Tabla 17. Consecuencias personales de los malos tratos, y prevalencia de los Indicadores de consumo de sus parejas (% verticales)

Consecuenc	Centros de acogida			Asociaciones exalcohólicos		
	Consumidor (207)	Abstemio (103)	Rehabilitado (15)	Consumidor (65)	Abstemio (7)	Rehabilitad (102)
Suicidio	15	15	27	6	--	4
I.alcohol	13	2	13	33	29	7
Depresión	65	74	60	40	29	37
M.represal	40	34	27	8	--	5
Temor hijos	25	24	13	3	--	--
Insomnio	-	--	--	--	--	1

Nota: los porcentajes suman más del 100%, por indicar varios diagnósticos

Consecuencias personales derivadas de los malos tratos y los problemas de alcoholismo de sus parejas

A nivel general se percibe una estrecha relación entre las patologías que padecen y las consecuencias personales derivadas de las conductas violentas de sus parejas. Estas consecuencias están íntimamente ligadas al miedo a las represalias ante los intentos fallidos de salir de la situación e influyen en la escasez de solicitudes de tratamiento y ayudas terapéuticas (Tabla 17).

El miedo a las represalias se da especialmente en las mujeres de los centros de acogida y abarca distintas reacciones de índole psicológico como el temor a sufrir nuevas agresiones o a perder la tutela de los hijos. Un 74% indica las repercusiones del carácter violento de sus parejas abstemias como causa de la aparición de cuadros depresivos con porcentajes superiores a la mitad de la muestra (65%). Estos motivos repercuten a su vez, en la aparición de cuadros graves psiquiátricos por lo que un 15% de las entrevistadas de este colectivo, realiza intentos de suicidio o se inicia en el consumo de alcohol como una de las consecuencias personales de las conductas agresivas de sus parejas. Cabe señalar, en las asociaciones de exalcohólicos, la ratificación de la existencia de un consumo similar de bebidas alcohólicas por ambos cónyuges en un mismo hogar (33%). Un 13% de sus parejas rehabilitadas que habían sido consumidores excesivos, de siete a más de nueve copas de vino diarias (15%), eran las causantes del inicio de la dependencia etílica de sus mujeres debido a dos causas principalmente, la influencia de sus problemas con el alcohol y los malos tratos sufridos. Del mismo modo, se detecta la presencia de consumidoras que conviven con varones abstemios (29%), siendo en este caso, ellas las enfermas alcohólicas y, por tanto, las responsables de los desajustes familiares.

Tratamiento psiquiátrico por problemas de salud mental

La experiencia ha demostrado que son precisamente las familias que presentan un mayor número de factores de riesgo, las que en menor medida aceptan participar en experiencias preventivas o tratamientos. En su mayoría, las mujeres entrevistadas o incluso sus parejas, no han recibido tratamiento psiquiátrico por los problemas de salud mental producidos por la exteriorización más acusada de la personalidad violenta de sus cónyuges o compañeros, o del periodo de deshabitación o abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. Esto es debido a la dificultad de integrarse en determinados recursos asistenciales por sus aspectos metodológicos como son los horarios o por su situación social, profesional y personal, así como el tener hijos a su cargo.

Hay que tener en cuenta que el camino de la curación de un trastorno

(como el alcoholismo) va asociado inevitablemente a un proceso doloroso y socialmente reprochable. Esta situación demora inevitablemente la solicitud de un tratamiento. A ello se añade la incuestionable premisa de que la demanda de éste debe ser voluntaria y preferiblemente previa a la aparición de situaciones irreversibles y en consecuencia lamentables. Además debe vencerse el lógico rechazo ante los cambios considerados más como una amenaza que como una oportunidad para la resolución de los problemas.

Los especialistas en alcoholismo afirman que las dificultades diagnósticas se "presentan a tres niveles: el engaño o autoengaño de la propia familia que oculta su proceso alcohólico, las dificultades derivadas de ser el alcoholismo la "asignatura pendiente" de la formación académica de los facultativos y la actitud familiar que, paradójicamente, prefiere una enferma mental depresiva a una hija, esposa o madre alcohólica". Autores como Freixa (2000) consideran que estos tres factores junto "a la prescripción de antidepresivos, ansiolíticos u otros psicofármacos administrados conjuntamente con las bebidas alcohólicas, no hacen otra cosa que enmascarar el pronóstico evolutivo de la paciente alcohólica".

En este sentido, se valora cada día más la importancia de los servicios de urgencia médica, al reunir en un mismo recurso a las víctimas de violencia y a los agresores. Estos servicios realizan una importante labor de prevención, diagnóstico precoz y movilización de recursos tales como la red sanitaria para muchas mujeres víctimas de malos tratos, y para los agresores que, más tarde o más temprano, los frecuentan como consecuencia de su alta dependencia alcohólica, por sufrir trastornos de personalidad o por participar en otra clase de agresiones, Balcells (1999).

En nuestro estudio, la falta de un tratamiento psiquiátrico, se debe esencialmente a la dependencia económica de las mujeres residentes en los centros de acogida. Como rasgo peculiar de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos, se perfila la influencia de la dependencia afectiva hacia sus parejas, a la que se une la vergüenza ante los demás miembros familiares. La ausencia de tratamiento es mayor entre las más jóvenes. A medida que aumenta la edad, se incrementa la tendencia a solicitar un tratamiento psiquiátrico o terapéutico (Tabla 18).

Andalucía es la comunidad autónoma que alberga un mayor número de mujeres de las asociaciones de exalcohólicos que ha solicitado ayuda terapéutica seguida por la Comunidad Valenciana.

En Madrid y Barcelona se aprecia una mayor presencia de mujeres acogidas en los centros que ha considerado imprescindible dicho tratamiento (Tabla 19).

Tabla 18. Solicitud de tratamiento por diferenciación de sexo y grupos de edad (% verticales)

Tratamt	Centros		Asociaciones		Centros Edad			Asociaciones Edad		
	Mujrs	Varons	Mujrs	Varons	20-35	36-45	+45	20-35	36-45	+45
Sí	30	18	39	26	21	37	41	27	44	42
No	65	64	51	58	77	55	52	68	47	42

Tabla 19. Solicitud de tratamiento por comunidades autónomas (% verticales)

Tratamiento	Centros de Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	C.Valen	Madrid	Andalc	Barcel	C.Valen	Madrid	Andlc	Barcel
Sí	18	22	10	22	38	34	57	35
No	69	68	54	62	56	60	29	48

Medidas y soluciones

Las mujeres de los centros de acogida demandan la solución rápida por parte de la justicia; la obligatoriedad de un tratamiento psicológico de sus parejas y la incapacidad del marido o compañero. Estas medidas han sido solicitadas mayoritariamente por las mayores de 45 años, amas de casa y casadas en un 71% y que desempeñan trabajos remunerados fuera del hogar principalmente en el sector servicios (76%). Para las más jóvenes (de 20 a 35 años) es prioritario obtener el alejamiento del agresor. Las mujeres de los centros consideran cada vez más necesario el llevar a cabo un tratamiento adecuado, según van pasando los años. En el caso de convivir con enfermos alcohólicos, es primordial conseguir por parte de la justicia la solución rápida a los problemas derivados de los malos tratos, particularmente, cuando su consumo de alcohol llega alcanzar las cinco o seis copas de alcohol diarias (79%).

Muy por el contrario, la mitad de la muestra de las entrevistadas de las asociaciones de exalcohólicos, comprendidas en el segmento de edad más joven (20 a 35 años), solicitan la obligatoriedad de un tratamiento debido al progresivo deterioro de sus relaciones de pareja por su dependencia adictiva, que provoca y acelera la aparición de problemas psicopatológicos. En realidad, basan la solución de sus problemas, en la rehabilitación de sus parejas. Debido a los largos años de convivencia con parejas alcohólicas, solicitan la solución rápida del problema cuando más elevada es su dependencia etílica y tras una dilatada conducta en el tiempo de malos tratos (Tabla 20).

En las comunidades autónomas, no existe unanimidad de criterios en

Tabla 20. Medidas a adoptar, en función de los indicadores de consumo de sus parejas (% verticales)

Medidas	Centros de acogida			Asociaciones exalcohólicos		
	Consumidor	Abstemio	Rehabilitado	Consumidor	Abstemio	Rehabilitado
S. rápida	73	73	53	40	29	29
A. Social	13	10	--	5	7	7
I. marido	22	17	40	9	8	11
O. tratamt	49	27	40	9	8	57
N. visitas	1	3	--	--	--	--
A. agresor	3	1	--	--	--	--
A. psicolg	2	2	--	--	--	--

Nota: los porcentajes suman más del 100%, por indicar varias medidas.

cuanto a las medidas o soluciones a adoptar, detectándose en las mujeres de los centros de acogida residentes en Barcelona, una mayor tendencia hacia la petición de la obligatoriedad de un tratamiento psiquiátrico o apoyo psicológico. Por el contrario, en Andalucía y Madrid consideran prioritario las medidas encaminadas a una solución rápida del problema y la incapacidad previa del marido o compañero. Las entrevistadas de las asociaciones de exalcohólicos residentes tanto en Madrid como en Barcelona, coinciden en solicitar la obligatoriedad de un tratamiento así como una solución rápida de la problemática de los malos tratos.

La solicitud de sentencias de cumplimiento íntegro, tiene como fin el que no recaiga sobre las mujeres toda la responsabilidad en este tema, esencialmente, cuando se ven obligadas a salir de su hogar. Para ello deberían asignarse los recursos que permitan mayor apoyo psicológico tanto para ellas como para sus parejas, así como el tratamiento adecuado de deshabitación al alcohol para el agresor y una mayor formación personal sobre sus efectos.

Pretenden que los jueces decreten la prisión preventiva para el agresor, por la falta de confianza en los arrestos domiciliarios que sólo sirven para mantenerlos en casa, considerando poco recomendables las sanciones económicas, al detraerse de la economía familiar. Para ello, exigen que se haga justicia y se arbitren soluciones judiciales más adecuadas a sus situaciones porque la ley no ofrece soluciones completamente efectivas ante los problemas de violencia doméstica. Es decir, no logra que se cumplan de manera más rigurosa las sentencias de las denuncias y se juzguen de manera diferente las peticiones de separación basadas en la violencia. Para ello, entre otras circunstancias debiera interponerse la denuncia en la primera agresión. Son las mujeres de 20 a 35 años que conviven con parejas rehabilitadas que antes de su deshabitación consumían más de 9 copas de vino al día víctimas de la primera agresión al año de matri-

monio o con el nacimiento del primer hijo (8% indistintamente) las que mayoritariamente abogan por esta medida.

Las campañas de sensibilización dentro del sistema educativo pretenden modificar las pautas culturales desde la escuela mediante programas destinados a aumentar el nivel de concienciación de esta problemática entre los adolescentes, esencialmente las referidas a los efectos de la violencia de género. Es a través de charlas, coloquios, seminarios y demás actividades donde se trata, en definitiva, de conseguir una mayor publicidad acerca de estos temas, ya que competen a toda la sociedad. La necesidad de una mayor protección a la mujer, pasa por la asistencia especializada en servicios de rehabilitación, tratamientos, asesoramiento, y programas de salud y sociales, así como la creación de estructuras de apoyo que fomenten las medidas encaminadas a garantizar la integridad física y psicológica de las mujeres.

Las soluciones manifestadas por las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos desde un punto sanitario, se dirigen a la realización de un tratamiento psicológico y a la asistencia obligatoria a terapias en asociaciones o centros de tratamiento, junto a un seguimiento por parte de las autoridades y a medidas preventivas frente al alcoholismo, especialmente, por las más jóvenes con parejas con graves episodios de embriaguez. En estos casos, el inicio de la agresión se produjo en el momento en el que empezaron a beber (16%). Quizá por ello, para este colectivo es tan importante la apertura de más centros de atención de alcoholismo, donde puedan recibir un tratamiento adecuado a través de terapias y atención psicológica en las que se les trate como enfermas, para lo que deberían ser atendidas por médicos especializados. Paralelamente destacan la necesidad de valorar los comportamientos a largo plazo frente a las conductas de violencia doméstica; incluir autocontroles específicos sobre los rasgos psicopatológicos de los agresores e implantar estrategias por parte de las administraciones y asociaciones, encaminadas a contrarrestar los factores de riesgo en las conductas agresivas.

Independientemente del tipo de acción que se emprenda que puede abarcar desde el concepto de autoayuda, los recursos sanitarios o la prestación de servicios, se debe actuar en diversos ámbitos. Es imprescindible en cualquier medida que se adopte incluir el conocimiento previo de los factores que generan los problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la forma de abordarlos y prevenirlos, tendiendo en todo momento a la mejora del bienestar social. Para ello, consideran necesario sensibilizar a la sociedad con el fin último de conseguir concienciarla sobre las graves repercusiones del alcoholismo antes de que se convierta en una epidemia de salud pública. Es una enfermedad y como tal debe tratarse. Se precisa más información sobre el alcohol, que

ponga de relieve que se trata de una sustancia adictiva. La resolución del problema sólo puede llegar a través de la moderación, es decir, no se debería dejar a los jóvenes que bebieran de manera abusiva ni permitir que el alcohol esté a su alcance. Los amigos son en la mayoría de los casos, los que favorecen estas actitudes. Una solución podría ser el aumento del precio de las bebidas alcohólicas.

Conclusiones

Dentro de las características sociodemográficas, se perfila la localización de las entrevistadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos en grupos intermedios de edad (36-45 años), con presencia de un grupo más numeroso de mujeres de 20 a 35 y de 36 a 45 años, en los centros de acogida, entre ellas casadas eclesiásticamente las de mayor edad, separadas o divorciadas, que conviven como parejas estables, particularmente las residentes en los centros de acogida que no practican la religión católica. La mayoría son amas de casa, de familias nucleares, con uno o dos hijos. El resto, desempeñan trabajos remunerados fuera del hogar, con una escasa cualificación profesional. La mayoría llegaron a terminar estudios primarios y sólo un 5% y un 7% respectivamente, tienen estudios medios o superiores.

Son mujeres procedentes de un ambiente familiar desestructurado, con una mala comunicación entre sus progenitores, particularmente, las que acuden a los centros de acogida. En mayor medida han sufrido conductas agresivas la madre y la propia entrevistada por parte de la figura paterna, persona que presentaba graves episodios de embriaguez en su familia de origen, seguida por un hermano. En las asociaciones de exalcohólicos los testimonios recogidos confirman que los malos tratos se dirigían preferentemente hacia la entrevistada. En este último colectivo persiste la consideración de la presencia de maridos o exmaridos como causantes de los malos tratos y del inicio de su alcoholismo.

El nivel de consumo adecuado varía en función del sexo y la edad. Todos los datos apuntan, en general, a una mayor incidencia y gravedad del problema tanto en la población femenina como en la población juvenil durante los fines de semana. La progresiva incorporación de la mujer al consumo de alcohol, es un problema de difícil detección. El patrón clásico de bebedora "oculta", casada y con hijos, de 40 a 45 años, se ha transformado en un patrón próximo al masculino, de mujer joven, entre 18 a 25 años y con un desarrollo social y profesional ejercido fuera del hogar.

Más de la mitad de la muestra de las mujeres de los centros de acogida son abstemias frente a menos de la mitad de las entrevistadas que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, esencialmente, mujeres mayores de 45 años, rehabilitadas jóvenes y pertenecientes a segmentos intermedios de edad, y de

consumidoras habituales, en los cohortes de edad más jóvenes, aunque es escasa la presencia de mujeres de ambos colectivos con un consumo diario. Sólo un 8% de las entrevistadas en las asociaciones de exalcohólicos, presenta un nivel de consumo diario, por parte de las más jóvenes, con estudios primarios, casadas y con un bajo estatus económico. Por el contrario, se perfila progresivamente un patrón de consumo de fin de semana, con un consumo ocasional o de una a dos y de tres a cuatro copas de alcohol en detrimento de un consumo habitual o esporádico. Las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos indican consumir 10 o más copas de vino.

Se detecta una estrecha relación entre la consecución de un mayor nivel educativo y la reducción de la proporción del consumo de alcohol en las entrevistas en los centros de acogida, a diferencia de las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, donde se produce una relación directa entre un nivel de formación inferior y el incremento de la proporción de los indicadores de consumo.

La incidencia relacionada con el consumo de uno o más participantes, se produce en un número importante de entrevistadas. Las residentes en los centros de acogida, con porcentajes similares a sus parejas, indican la existencia de su propio consumo, como el motivo principal por el que sus parejas se vuelven violentas. Cuando existe en el mismo hogar dependencia alcohólica por parte de ambos cónyuges, como es el caso de las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, conviven tanto con enfermos alcohólicos como rehabilitados, quienes antes de su deshabitación manifestaban conductas violentas.

La proporción de entrevistadas de los centros de acogida que han consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión, y lo han hecho hace más de un año o entre el último mes y los seis meses anteriores, es elevada. Esta evolución de la continuidad de consumo es menor en las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, manteniendo un índice de continuidad mayor de un año. Según los grupos de edad, el periodo más dilatado en la evolución de la continuidad de consumo en las mujeres residentes en los centros de acogida, que han bebido al menos en una ocasión hace más de un año, se da en mayor medida en el segmento más joven, de 20 a 35 años, incluso de 36 a 45, con un consumo habitual de tres o más veces por semana. Los resultados obtenidos de las mujeres que acuden a las asociaciones de exalcohólicos, indican una continuidad similar al otro colectivo, siendo igualmente consideradas consumidoras de alto riesgo, las comprendidas entre los 20 y 35 y 36 y 45 años, debido a que quienes consumieron alcohol con esa frecuencia, lo hicieron hace un año o entre el último y los seis meses anteriores.

Como causa principal por la que ambos colectivos de mujeres presentan denuncias y solicitan su admisión en los centros, se destaca la personalidad violenta de sus parejas al igual que en las asociaciones de exalcohólicos, donde la dependencia etílica repercute en el incremento de sus conductas violentas, con cuadros depresivos y de ansiedad.

A nivel general se percibe una elevada psicopatología psiquiátrica en las mujeres de ambos colectivos. El diagnóstico que aconseja un tratamiento psiquiátrico por problemas de salud mental está vinculado prioritariamente a los trastornos depresivos o de ansiedad, esencialmente cuando poseen un mayor nivel de formación, debido al miedo a las represalias y a perder la tutela de sus hijos, que les lleva en ocasiones a poner en riesgo sus vidas con intentos de suicidio. Las características sociológicas de las mujeres de las asociaciones de exalcohólicos, hacen previsible que estos trastornos sean menos elevados debido a una mayor aceptación o aparente tolerancia de los desajustes familiares producidos por la dependencia etílica de sus parejas.

En su mayoría las mujeres entrevistadas no han recibido tratamiento psiquiátrico, debido a la dificultad de acceso e integración en determinados recursos asistenciales, unido a las dificultades propias de su situación social y profesional, así como a tener hijos a su cargo. Existen necesidades específicas de las mujeres no contempladas habitualmente en los centros de tratamiento como la disponibilidad de servicios sensibles a la problemática de las mujeres y tratamientos no punitivos ni coercitivos y asociados a una amplia gama de problemas médicos, desórdenes mentales y problemas psicosociales.

Referencias

- Ávila, J., Pérez, A. y Rodríguez, M. (1996). Análisis descriptivo de una muestra de mujeres alcohólicas atendidas durante un periodo de 10 años. *Adicciones*, 8, 4, 24-42
- Blume, S. B. (1986). Women and alcohol. A review. *J.A.M.A.* 256: 1467 1470.
- Fouquet, P. y Bode, M. de (1985). *Le Roman de L'Alcool* Leghers. París.
- Fouquet, P. et al (1990). *Historie de L'Alcohol*. P.U.E. París.
- Frances, R.J., Timms, S. y Bucky, S. (1980). Studies of familial and non-familial alcoholism. I Demographic studies. *Arch. Gen. Psychiatric*, 37: 564 566.
- Freixa, F. (1992). Evolución y situación actual del alcoholismo en Cataluña. *Boletín S. Cat. Med. Fam. Com.* Julio-Agosto-Sept. 8-19. En: *Monografía de Alcoholismo "La dimensión desconocida"*.
- Freixa, F. (2000). *Mujer y Alcohol*. En Alcoholismo: veinte años rehabilitando. Centro de Alcohólicos Rehabilitados San Jorge de Cocentaina. Alicante.
- García Más, M. P. (1999-2000). Evolución e intervención en la violencia familiar y alcoholismo. Plan Nacional sobre Drogas y Socidrogalcohol. Madrid.
- Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity a review and hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatr.* 36: 57-61.
- Harver, B. (1987). Female alcoholics: The relations between family history of alcoholism and outcome 3-10 years after treatment. *Acta Psychiatrica. Scand.* 76: 21-27.

- Instituto de la Mujer (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Equipo de Investigaciones Sociológicas. Madrid: EDIS.
- Mendoza, R. y cols. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud*. (1986-1990). Madrid: CSIC.
- Merino, P.P. (2002). *Mujeres tóxicodependientes en la Unión Europea*. En: I Simposium Nacional sobre adicción en la mujer. Madrid: Fundación Spiral e Instituto de la Mujer.
- Observatorio Español de Drogas (1997). *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Observatorio Español de Drogas (2000). *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Recio, J.L. y cols (1991). *El papel de la familia en los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja.
- Rimmer, J. y Winokur, G. (1972). The spouses of alcoholics: an example of assortive mating. *Dis. Nerv. Syst.* 33: 509-511.
- Rodríguez, E. (2000) La percepción social de los problemas de drogas en España. En: *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Equipo de Investigación Sociológica EDIS. Madrid: Instituto de la Mujer - FAD. Madrid.
- Sánchez Pardo, L. (2002) Consumo de alcohol en la población española. Monografía de Alcohol. *Adicciones*. Vol. 14, Supl. 1.
- Schuckit, M.A. (1983). Alcoholic men with non alcoholic first degree relatives. *Am. J. Psychiatric.* 140: 439-443.
- Torres, M.A., García Más, M.P., Rebollida, M. y Valdés, R. (2001). Malos tratos sobre las mujeres de la provincia de Valencia. *Salud y drogas*, 1, 12.
- Balcells Olivero, M. (1999). *Los servicios de urgencia en el tratamiento de drogodependientes y violencia*. Symposium Científico Alcohol y Violencia Doméstica. Madrid.
- Vaglum, S y Vaglum, P. (1987). Partner relations and the development of alcoholism in female psychiatric patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 76: 499-506.
- Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Harvard Univ. Press. Cambridge. Massachusetts. U.S.A
- Wilsnack, S.C. (1982). Alcohol abuse and alcoholism in women. En E. M. Pattison y E. Kaufman (Eds), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. New York: Gardner Press.

Recibido: 30/07/2004

Aceptado: 8/01/2005

ANEXO

Características demográficas de la población Femenina entrevistada, a nivel general y por Grupos de edad (% verticales)

Variables	C.Acogida	Asociaciones	Centros Acogida Edad			Asociaciones Edad		
			20-35	36-45	+45	20-35	36-45	+45
E.Civil	(354)	(185)	(172)	(111)	(69)	(44)	(92)	(48)
Iglesia	38	76	23	50	60	64	75	92
Civil	15	10	24	8	1	11	15	--
P.Hecho	18	7	29	11	1	20	3	--
Sep/Div	24	4	18	29	33	5	4	4
Viudas	1	1	2	1	1	--	--	2
Religión								
Practict	22	28	15	21	44	11	26	46
Poco P.	49	63	51	56	35	71	65	54
Otra R.	8	1	13	4	1	2	1	--
Ninguna	4	2	5	3	3	7	1	--
Estudios								
Sin Est.	7	5	5	8	12	2	4	8
No Escl	28	18	30	31	20	7	22	22
EGB	40	42	38	38	49	39	39	52
Secundr	14	16	19	10	6	29	16	4
Medios	6	12	2	7	12	9	14	10
Superior	5	7	6	6	1	14	5	4
Nº Hijos								
1 hijo	27	24	27	24	10	32	26	10
2 hijos	36	32	37	32	36	32	41	42
3 hijos	20	33	20	33	46	2	21	42
Ninguno	2	1	2	1	--	2	1	4
Actividad								
Ama casa	42	51	42	51	68	27	55	63
Trb.fuera	48	47	48	47	30	71	44	23
Emp.fml	4	2	4	5	7	--	3	8
Db.jornrd	4	--	4	6	9	2	5	--
Parada	2	--	3	--	--	--	--	--
Trabajos								
Admitratv	11	23	10	10	19	29	18	27
Peluqueria	1	6	2	--	--	7	8	--
Moda	5	6	2	4	14	7	8	--
Hosteleria	15	4	18	17	--	3	5	--
Limpieza	48	31	47	48	52	23	35	30
Funcionaria	5	1	4	10	--	--	3	--
Empleada	5	9	7	2	--	16	5	--
Enfermera	--	6	--	--	--	10	5	--
Técnicos	1	--	1	2	--	--	--	--
Comercial	--	5	--	--	--	--	3	27

Fuente: García Más. Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo. PNSD. Socidrogalcohol. 1999-2000.

ANEXO

Características demográficas de la población Femenina entrevistada, a nivel general y por Grupos de edad (% verticales)

Variables	C.Acogida	Asociaciones	Centros Acogida			Asociaciones		
			Edad			Edad		
			20-35	36-45	+45	20-35	36-45	+45
E.Civil	(354)	(185)	(172)	(111)	(69)	(44)	(92)	(48)
Iglesia	38	76	23	50	60	64	75	92
Civil	15	10	24	8	1	11	15	--
P.Hecho	18	7	29	11	1	20	3	--
Sep/Div	24	4	18	29	33	5	4	4
Viudas	1	1	2	1	1	--	--	2
Religión								
Practict	22	28	15	21	44	11	26	46
Poco P.	49	63	51	56	35	71	65	54
Otra R.	8	1	13	4	1	2	1	--
Ninguna	4	2	5	3	3	7	1	--
Estudios								
Sin Est.	7	5	5	8	12	2	4	8
No Escl	28	18	30	31	20	7	22	22
EGB	40	42	38	38	49	39	39	52
Secundr	14	16	19	10	6	29	16	4
Medios	6	12	2	7	12	9	14	10
Superior	5	7	6	6	1	14	5	4
Nº Hijos								
1 hijo	27	24	27	24	10	32	26	10
2 hijos	36	32	37	32	36	32	41	42
3 hijos	20	33	20	33	46	2	21	42
Ninguno	2	1	2	1	--	2	1	4
Actividad								
Ama casa	42	51	42	51	68	27	55	63
Trb.fuera	48	47	48	47	30	71	44	23
Emp.fml	4	2	4	5	7	--	3	8
Db.jornd	4	--	4	6	9	2	5	--
Parada	2	--	3	--	--	--	--	--
Trabajos								
Admitratv	11	23	10	10	19	29	18	27
Peluquería	1	6	2	--	--	7	8	--
Moda	5	6	2	4	14	7	8	--
Hostelería	15	4	18	17	--	3	5	--
Limpieza	48	31	47	48	52	23	35	30
Funcionaria	5	1	4	10	--	--	3	--
Empleada	5	9	7	2	--	16	5	--
Enfermera	--	6	--	--	--	10	5	--
Técnicos	1	--	1	2	--	--	--	--
Comercial	--	5	--	--	--	--	3	27

Fuente: García Más. Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo. PNSD. Sociodrogalcohol. 1999-2000.

Antecedentes de malos tratos en su familia de origen Personas que han sufrido los malos tratos
 Miembros de los que recibió la entrevistada malos tratos A nivel general y grupos de edad
 (% verticales)

Variables	Centros de Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad Mujeres			Edad Mujeres				
	C.Acog	Asociac.	20-35	36-45	+45	20-35	35-46	+45
R.padres								
M. buena	18	28	17	9	36	25	28	29
Buena	38	46	38	44	30	32	53	44
Mala	28	13	30	31	17	16	9	19
Indiferent	13	13	12	14	12	27	10	6
M.tratos								
Madre	28	9	31	27	19	11	5	15
Padre	5	3	6	4	3	5	3	--
Entrevist	23	11	27	22	13	17	9	13
Abuelo/a	1	1	2	1	1	--	--	2
No	49	77	46	47	61	75	80	71
Entrevist								
Madre	30	33	28	29	33	57	13	33
Padre	61	67	59	71	56	71	50	83
Ambos	8	5	4	8	22	14	--	--
Herman/as	10	5	17	--	--	--	13	--
Abuelo/a	5	10	9	--	--	--	26	--
Marido	11	24	13	8	11	--	50	17
Otras	1	--	--	4	--	--	--	--
Tipo Violn								
Física	75	52	72	79	78	43	50	67
Psicológ	71	81	74	71	56	86	75	83
I.asesint	3	10	2	4	--	--	25	--
Sexual	16	14	17	13	22	14	13	17
Motivos								
Desconf	39	8	39	38	38	9	8	6
P.laborals	21	3	24	20	16	2	3	4
P.econócs	27	5	30	26	19	5	4	6
Mi consumo	14	21	16	14	9	27	21	17
C.violento	10	2	11	10	7	5	1	--
Su consumo	21	31	15	21	35	21	33	35
Celos	5	1	3	5	10	2	--	--
Otras drogas	5	1	6	5	1	5	--	--
Pegar mujers	3	--	2	4	4	--	--	--
Otras mujrs	1	1	1	1	1	--	--	2
Influen persn	1	--	2	1	--	--	--	--

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares, tipo de violencia y motivos de inicio de la agresión.

Fuente: García Más. Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo. PNSD. Socidrogalcohol. 1999-2000.

ANEXO

Características demográficas de la población Femenina entrevistada, a nivel general y por Grupos de edad (% verticales)

Variables	C.Acogida	Asociaciones	Centros Acogida Edad			Asociaciones Edad		
			20-35	36-45	+45	20-35	36-45	+45
E.Civil	(354)	(185)	(172)	(111)	(69)	(44)	(92)	(48)
Iglesia	38	76	23	50	60	64	75	92
Civil	15	10	24	8	1	11	15	--
P.Hecho	18	7	29	11	1	20	3	--
Sep/Div	24	4	18	29	33	5	4	4
Viudas	1	1	2	1	1	--	--	2
Religión								
Practict	22	28	15	21	44	11	26	46
Poco P.	49	63	51	56	35	71	65	54
Otra R.	8	1	13	4	1	2	1	--
Ninguna	4	2	5	3	3	7	1	--
Estudios								
Sin Est.	7	5	5	8	12	2	4	8
No Escl	28	18	30	31	20	7	22	22
EGB	40	42	38	38	49	39	39	52
Secundr	14	16	19	10	6	29	16	4
Medios	6	12	2	7	12	9	14	10
Superior	5	7	6	6	1	14	5	4
Nº Hijos								
1 hijo	27	24	27	24	10	32	26	10
2 hijos	36	32	37	32	36	32	41	42
3 hijos	20	33	20	33	46	2	21	42
Ninguno	2	1	2	1	--	2	1	4
Actividad								
Ana casa	42	51	42	51	68	27	55	63
Trb.fuera	48	47	48	47	30	71	44	23
Emp.fml	4	2	4	5	7	--	3	8
Db.jornrd	4	--	4	6	9	2	5	--
Parada	2	--	3	--	--	--	--	--
Trabajos								
Admitratv	11	23	10	10	19	29	18	27
Peluqueria	1	6	2	--	--	7	8	--
Moda	5	6	2	4	14	7	8	--
Hosteleria	15	4	18	17	--	3	5	--
Limpieza	48	31	47	48	52	23	35	30
Funcionaria	5	1	4	10	--	--	3	--
Empleada	5	9	7	2	--	16	5	--
Enfermera	--	6	--	--	--	10	5	--
Técnicos	1	--	1	2	--	--	--	--
Comercial	--	5	--	--	--	--	3	27

Fuente: García Más. Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo. PNSD. Sociodrogalcohol. 1999-2000.

Consumo de alcohol por la población femenina Entrevistada por comunidades autónomas
(% verticales)

Variables	Centros de Acogida				Asociaciones			
	C.Valenc	Madrid	Andaluc	Barcelona	C.Valenc	Madrid	Andaluc	Barcelon
Consumo	(93)	(134)	(90)	(37)	(55)	(50)	(28)	(52)
Sí	18	8	24	24	18	4	18	42
No	74	73	43	38	46	56	21	33
No actual	7	8	12	14	35	8	36	13
Frecuenc	(17)	(11)	(22)	(9)	(10)	(2)	(5)	(22)
Diario	--	--	--	--	--	50	--	--
S.Estable	41	27	23	33	10	50	40	36
Habitual	18	27	32	33	10	--	20	9
Ocasional	12	18	14	--	30	--	--	41
Esporádico	29	18	9	11	30	--	--	14
Cantidad	(17)	(11)	(22)	(9)	(10)	(2)	(5)	(22)
1 a 2	76	27	41	44	70	--	40	86
3 a 4	18	55	23	33	10	--	20	5
5 a 6	--	9	23	--	10	50	--	9
7 a 9	--	--	--	--	--	--	--	--
10 ó más	6	9	9	--	--	50	20	--
Evolución	(6)	(10)	(11)	(5)	(19)	(4)	(10)	(7)
1-6 meses	33	--	72	40	47	25	20	14
1 año	--	--	18	--	6	--	20	14
+ 1 año	50	80	--	60	47	75	60	57

Fuente: García Más. Evaluación e intervención en violencia familiar y alcoholismo. PNSD. Socidrogalcohol. 1999-2000.

*DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL
CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA OBLIGATORIA*

Beatriz Delgado, Rebeca Bautista, Cándido J. Inglés,
José P. Espada y María S. Torregrosa
Universidad Miguel Hernández de Elche, España

José M. García-Fernández
Universidad de Alicante, España

Resumen. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias de género en el consumo de sustancias legales, como son el alcohol y el tabaco, en la adolescencia. La muestra, recogida en cinco centros de educación secundaria, estuvo compuesta por 352 adolescentes de ambos sexos. Los resultados mostraron que el patrón de consumo de este tipo de sustancias ha cambiado ya que, mientras hace décadas prácticamente sólo los hombres eran consumidores, actualmente no parecen encontrarse diferencias estadísticamente significativas en este tipo de comportamientos en función del género. Este fenómeno está en consonancia con la denominada fase 3 que apuntan López, Collishaw y Piha (1994) para explicar teóricamente la dinámica del tabaquismo en países desarrollados. Se recomienda seguir en esta línea de investigación de cara a la puesta en marcha de programas de intervención más eficaces.

Palabras clave: adolescencia, alcohol, estudio ex post facto, diferencias de género, tabaco.

Correspondencia:

Cándido J. Inglés Saura.
Dpto. de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche. Campus de Elche.
Avda. de la Universidad, s/n. 03202 Elche, Alicante (España).
E-mail: cjingles@umh.es

Abstract. The aim of this study was to analyze gender differences in the use of legal substances as alcohol and tobacco in adolescence. The sample, collected in five centers of secondary education, was composed by 352 adolescents of both sexes. The results showed that the profile of using this type of substances has changed. Decades ago it seemed that only men consumed these substances. At the moment not significant statistical differences have been found between both sexes in this type of behaviours. This fact is in harmony with the phase 3 enunciated by Lopez, Collishaw and Piha (1994), who explain theoretically the dynamic of the addiction to tobacco in the developmental countries. It is recommended to continue in this line of research with the purpose of developing more effective programs of intervention.

Keywords: adolescence, alcohol, ex post facto study, gender differences, tobacco.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia sigue siendo, desde hace décadas, una de las problemáticas que generan más preocupación social. En particular, el análisis del uso de drogas legales por parte de adolescentes y jóvenes constituye uno de los objetivos más relevantes dentro de la investigación en el área de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal, de independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en facilitador de inicio del consumo de drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Sussman, Unger y Dent, 2004). En este periodo evolutivo, la identidad del grupo de referencia y su simetría provoca que la voluntad de dominio o control de la ingesta de sustancias se supedita en la mayoría de casos a la presión grupal (Comisión de Salud Pública, 2002). Las repercusiones de este consumo en la etapa de crecimiento son considerables provocando consecuencias tanto físicas, como psicológicas y sociales en el estudiante.

Entre las consecuencias físicas y psicológicas del consumo se encuentran el riesgo de consumo de sustancias años más tarde, fracaso escolar, violencia, relaciones sexuales no planificadas, realizar conductas perjudiciales para la salud y enfermedades físicas. Asimismo, el consumo de este tipo de sustancias se encuentra relacionado con los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios siendo estas consideradas como las tres primeras causas de muerte entre los jóvenes (Espada y Méndez, 2002; García y González, 2002). Entre los problemas sociales asociados al consumo se encuentran las peleas y agresiones físicas, conflictos graves con los padres y hermanos y riñas y discusiones en el

entorno social (PND, 2002). Además, el inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo y puente para iniciarse en el uso o abuso de drogas ilegales (Becoña, 2000; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; PND, 2002).

Los datos extraídos de la última encuesta escolar desarrollada por el Plan Nacional sobre Drogas (2004), en una muestra de adolescentes españoles de 14 a 18 años, informan de una tasa de consumo de alcohol experimental similar en ambos sexos (81,5%, chicos y 82,5%, chicas) y de una mayor prevalencia en el consumo de tabaco en las chicas (64,1%) que en los chicos (56,6%). Estos resultados coinciden con las prevalencias obtenidas en otros estudios (ver Cortés, Schiaffino, Martí y Fernández, 2005 y Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2002 para una revisión).

El patrón de consumo juvenil de alcohol que recoge la Comisión de Salud Pública (2002) extraído de revisiones nacionales e internacionales pone de manifiesto una homogeneización en los patrones juveniles de alcohol en los países europeos, una edad de inicio a consumos regulares cada vez más temprana, una tendencia a incrementarse el número de abstemios entre los jóvenes españoles aunque, los que beben lo hacen en cantidades más elevadas (aumento en el número de borracheras), una tendencia de consumo masivo concentrado en el fin de semana, y lo que es más significativo, una disminución, e incluso inversión, de las diferencias del consumo de alcohol entre chicos y chicas. Esta última característica se ha detectado más intensamente en el uso y dependencia al tabaco entre las jóvenes españolas. A nivel macrosocial, esta tendencia corresponde con la fase 3 que proponen López, Collishaw y Piha (1994) para explicar teóricamente las etapas de difusión del consumo de tabaco y la dinámica del tabaquismo en los países desarrollados. Es en esta fase cuando la prevalencia de consumo de tabaco en hombres empieza a reducirse, mientras que el consumo en mujeres va aumentando sobre todo entre las más jóvenes.

La importancia de la problemática ha llevado a la creación de nuevas líneas de estudio para acotar las razones de estas diferencias. En el plano internacional, la Organización Mundial de la Salud ha dedicado un especial interés publicando la monografía "Mujeres y la epidemia del tabaco" (Samet y Yoon, 2001), además de la aparición de estudios comparativos del tabaquismo sobre distintas áreas geográficas de Europa (Fernández, Schiaffino y Borrás, 2002; Joossens, Sasco, Salvador y Villalbí, 1999; Tessier, Nejjari y Bennani-Othmani, 1999). Igualmente, en muestra española se han realizado monográficos sobre esta misma materia como *Mujer y tabaco* extraído de la revista *Prevención del Tabaquismo* (2001) y el realizado en población adolescente (García y González, 2002).

Diversos trabajos han identificado variables que afectan de manera diferente según el género en el inicio del consumo de drogas legales en los adolescentes españoles. Según Nebot et al., (2004) las variables predictivas del consumo en los chicos son la expresión de actitudes positivas hacia el tabaco, intención de fumar en el futuro, baja autoeficacia para resistir la presión de grupo, presencia del consumo en los hermanos y pasar parte del tiempo libre en bares. Para las chicas, las variables predictoras de fumar son puntuar bajo en la escala de actitudes contra el tabaco, el tabaquismo de los hermanos, pasar parte del tiempo libre en discotecas, vivir en barrios de nivel socioeconómico alto y poseer una baja autoestima. Otro trabajo desarrollado en muestra adolescente (Cortés, Schiaffino, Martí y Fernández, 2005) determinó que los inconvenientes percibidos del tabaco y la apreciación sobre el predominio del consumo en el grupo de iguales variaba según el sexo. Para las chicas fumadoras el principal inconveniente de fumar eran los problemas en la salud, mientras que para los chicos era el precio del tabaco. Por otro lado, los autores hallaron que únicamente los chicos fumadores consideraban que la mayoría de los jóvenes fuman, mientras que todas las chicas (fumadoras, no fumadoras y experimentadoras) mantuvieron esa apreciación. El trabajo desarrollado por Ayesta y De la Rosa (2001) argumenta la importancia de la publicidad y la asociación con estados de ánimo negativos (tristeza, ansiedad, soledad) como elementos influyentes en el incremento del consumo del tabaco en las jóvenes. En esta misma línea, la revisión desarrollada por Jané, Pardell, Saltó y Salleras (2001) indican a la preocupación por la imagen corporal, el control del peso y el afrontamiento del estrés como los factores psicológicos que más influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo femenino. En cuanto a las diferencias de género en los patrones de consumo en adolescentes García y González (2002) señalan que las chicas, a diferencia de los chicos, fuman más para hacer amistades y establecer relaciones sociales, como forma de rebelarse contra los padres, escuela y otras autoridades y para perder peso.

Estos autores también señalan como motivos del consumo de alcohol en chicas escapar de los problemas, canalizar la frustración y el enfado, así como evitar estados emocionales negativos. Además, las chicas a diferencia de los chicos pueden ser introducidas en este consumo por sus parejas sentimentales, las cuales suelen ser de mayor edad. Finalmente, los autores indicaron que el consumo de alcohol y tabaco entre las chicas se ve favorecido por una pobre comunicación familiar.

Pese a los programas preventivos dirigidos a disminuir la demanda de droga en los adolescentes, actualmente se aprecia un aumento significativo del consumo de drogas legales en población femenina. Por ello, se debe prestar una atención especial a la variable género para explicar la problemática de la

droga creando nuevos modelos predictivos más adecuados y así mejorar la eficacia de los programas de intervención preventivos (escolar, laboral) y asistenciales (cese del consumo).

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias de consumo de alcohol y tabaco en función del género en una muestra de adolescentes estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria.

Método

Muestra

Se seleccionaron cinco centros de Educación Secundaria, tres públicos y dos privados de la ciudad de Elche (Alicante, España). Una vez seleccionados los centros del estudio, se seleccionaron aleatoriamente tres aulas computándose aproximadamente 93 sujetos por centro. La muestra reclutada fue de 371 estudiantes de E.S.O., de los que 19 (5,12%) fueron excluidos por omisiones o errores en sus respuestas o por no obtener el consentimiento de los padres para participar en la investigación. La muestra se compuso de 352 adolescentes, siendo 179 varones (50,85%) y 173 mujeres (49,15%) con un rango de edad de 12 a 18 años ($M = 14,66$; $DT = 1,08$). Todos los sujetos participaron voluntariamente. Por medio de la prueba X^2 de homogeneidad de la distribución de frecuencias, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de género, $\chi^2 = 0,102$; $p = 0,749$.

Instrumentos

Cuestionario de Consumo de Alcohol y Tabaco (Questionnaire about Consume of Alcohol and Tobacco TNT; Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995).

Este instrumento está compuesto por ítems extraídos del cuestionario de evaluación del programa TNT (Towards No Tobacco Use) desarrollado por Sussman (Project TNT, 1995). El TNT es un programa de corte preventivo, enfocado a la disminución del uso del tabaco y dirigido combatir los factores de riesgo individual, familiar, grupo de iguales, escolar y comunitarios asociados al consumo de drogas. La escala ha sido adaptada al español, quedando finalmente compuesta por 11 ítems capaces de detectar la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco en distintos momentos temporales: alguna vez, en los últimos 30 días, en la actualidad, y pronosticando en los próximos 12 meses.

Procedimiento

Se llevó a cabo una entrevista con el director y el jefe del departa-

mento de orientación de los centros participantes para exponer los objetivos de la investigación, describir el instrumento de evaluación, solicitar permiso y promover su colaboración. Posteriormente, se celebró una reunión con los padres para explicarles el estudio y solicitar el consentimiento informado por escrito autorizando a sus hijos a participar en la investigación. El autoinforme fue contestado colectivamente en el aula en grupos de 25 estudiantes aproximadamente. Se procedió a la entrega de los ejemplares con las instrucciones y de la hoja de respuesta para su corrección mediante ordenador. A continuación se indicó que cumplimentaran los datos de identificación y se leyó en voz alta las instrucciones, enfatizando la importancia de no dejar ninguna pregunta sin contestar. Finalmente, se aclararon las dudas, procurando no influir en la respuesta de los sujetos. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de la prueba para proporcionar ayuda si era necesaria, para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos y para asegurar que los datos de identificación hubieran sido debidamente anotados. El tiempo medio de aplicación del TNT fue 5-10 minutos.

Análisis de datos

En primer lugar realizamos análisis descriptivos para obtener las frecuencias y prevalencias del consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes incluidos en la muestra. Posteriormente, aplicamos la prueba Chi-cuadrado para analizar las diferencias en cada uno de los ítems del cuestionario en función del género.

Resultados

El análisis de las tasas de consumo y alcohol revela que el 37,4% de chicos y el 43,3% de chicas han consumido alguna vez tabaco, mientras que el 83,2% de varones y el 81,5% de mujeres han probado en alguna ocasión el alcohol. Con respecto al consumo diario de tabaco un 6,9% de chicas y un 3,3% de chicos afirman consumir a diario la sustancia. En relación con el alcohol hallamos que el 21,2% de los chicos y el 30% de las chicas consumen alcohol actualmente, manteniendo consumos semanales ("algunas veces por semana") el 4,4% de chicos y el 6,3% de chicas. El 8,9% de los varones y el 9,8% de las adolescentes de la muestra afirman haberse emborrachado alguna vez en el último mes, manteniendo prevalencias similares en consumos abusivos regulares ("más de tres borracheras al mes"), alrededor de un 5%, de chicos y chicas.

Los resultados obtenidos a partir de las pruebas 2 ponen de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del género para el consumo de tabaco (Tabla 1). No obstante, los datos revelan

que las chicas han probado el tabaco y fuman en la actualidad más que sus compañeros varones. En la misma línea, encontramos que, en los ítems de frecuencia de consumo, la prevalencia de chicas es mayor para las opciones que reflejan un consumo diario ("unas pocas veces casi todos los días", "medio paquete cada día" y "un paquete o más cada día") además de una expectativa futura de consumo mayor en las chicas que en los chicos.

De los resultados encontrados sobre las actitudes hacia el consumo de tabaco (Tabla 2) vemos que la mayoría de los adolescentes se sitúan en la opción "no pienso consumir tabaco", siendo mayor el porcentaje de chicos.

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos de las pruebas 2 de diferencias entre prevalencias de consumo de alcohol según el género. A pesar de que la mayor parte de las diferencias no son estadísticamente significativas, encontramos que los chicos presentan una prevalencia significativamente mayor de ausencia de consumo durante el pasado año que las chicas. Además, ellas consumen significativamente en más ocasiones a lo largo del mes que sus compañeros. Finalmente, hallamos diferencias estadísticamente significativas en expectativas de consumo de alcohol, puntuando más alto las chicas. A partir de los datos obtenidos, se observa una tendencia de consumo de alcohol donde la prevalencia de chicos que lo han probado es mayor pero el porcentaje de consumo habitual de esta sustancia es superior en chicas ("unas pocas veces cada mes" y "unas pocas veces cada semana"). Con respecto al consumo abusivo observamos que la prevalencia del número de embriagueces es similar en ambos sexos.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio sobre prevalencia de consumo de alcohol son similares a las encontradas por el PND (2004), mientras que la prevalencia del consumo de tabaco en este estudio es ligeramente inferior a la informada a nivel nacional. No obstante, este fenómeno puede ser parcialmente interpretado por las diferencias entre el rango de edad de los sujetos que participaron en este estudio (pertenecientes a los cursos de 2º, 3º y 4º de la E.S.O.) y el de la encuesta estatal (alumnos de 3º y 4º de E.S.O., 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos formativos de Grado Medio).

Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes de consumo de tabaco en ambos sexos, existe una tendencia general de consumo más acentuado en chicas, sobre todo en los consumos más frecuentes. En esta misma línea, las estimaciones sobre el consumo de tabaco encontradas en este estudio mantienen cierta similitud con la etapa 3 que postulan López et al. (1994) en su modelo teórico, ya que el porcentaje de fumadores

Tabla 1. Diferencias en el consumo de tabaco por género

Ítems TNT	Opción de respuesta	Género	
		Chicos n (%)	Chicas n (%)
¿Has fumado alguna vez?	Si	67 (47,18)	75 (52,81)
	No	112 (53,33)	98 (46,66)
¿Fumas ahora?	Si	12 (41,37)	17 (58,62)
	No	167 (51,70)	156 (48,79)
¿Con qué frecuencia fumas?	Nunca	82 (50,93)	79 (49,06)
	Ninguna vez el año pasado	61 (55,96)	48 (44,03)
	Unas pocas veces este año	22 (46,80)	25 (53,19)
	Unas pocas veces cada mes	4 (57,14)	3 (42,85)
	Unas pocas veces cada semana	4 (50,00)	4 (50,00)
	Unas pocas veces casi todos los días	3 (33,33)	4 (66,66)
	Medio paquete cada día	3 (30,00)	7 (70,00)
Un paquete o más cada día	0	1 (100)	
¿Cuántas veces fumarás en los próximos 12 meses?	Nunca	123 (53,47)	107 (46,52)
	1 vez	34 (49,27)	35 (50,72)
	2 a 5 veces	7 (41,17)	10 (58,82)
	6 a 10 veces	2 (50,00)	2 (50,00)
	Más de 10 veces	13 (40,62)	19 (59,37)

Nota: n.s. = no significativo

Tabla 2. Actitudes hacia el tabaco

Actitudes hacia el tabaco	Género		Significación estadística	
	Chicos n (%)	Chicas n (%)	χ^2	p
No pienso consumir tabaco	157 (52,68)	141 (47,31)	0,859	n.s.
A veces pienso que puedo empezar a fumar	4 (26,66)	11 (73,33)	3,267	n.s.
Tengo curiosidad, en ver que se siente al fumar tabaco y lo voy a probar	5 (62,50)	3 (37,50)	0,500	n.s.
Fumo y voy a seguir fumando	5 (45,45)	6 (54,54)	0,091	n.s.
Quiero dejar de fumar	8 (40,00)	12 (60,00)	0,800	n.s.

varones jóvenes es inferior a la prevalencia de chicas que fuman. Consideramos que a este fenómeno se le debe prestar especial atención a nivel preventivo, ya que si estas tasas de prevalencia se mantienen, o incluso se incrementan, las repercusiones de salud derivadas de la dependencia al tabaco alcanzarán a las mujeres. En este sentido, los estudios realizados desde la Medicina han identificado a las mujeres como más vulnerables biológicamente ante los efectos nocivos del tabaco (Fernández, Schiaffino y Peris, 2001;

Tabla 3. Diferencias en el consumo de alcohol por género

Ítems TNT	Opción de respuesta	Género		Significación estadística	
		Chicos n (%)	Chicas n (%)	χ^2	p
¿Has bebido alcohol alguna vez?	Si	149 (51,37)	141(48,62)	0,221	n.s.
	No	30 (48,38)	32 (51,61)	0,065	n.s.
¿Bebes ahora?	Si	38 (42,22)	52 (57,77)	2,178	n.s.
	No	141(53,81)	121(46,18)	1,527	n.s.
¿Con qué frecuencia bebes alcohol?	Nunca	34 (45,94)	40 (54,04)	0,486	n.s.
	Ninguna vez el año pasado	26 (65,00)	14 (35,00)	3,600	0,05
	Unas pocas veces este año	96 (57,14)	72 (42,85)	3,429	n.s.
	Unas pocas veces cada mes	15 (29,41)	36 (70,58)	8,647	0,00
	Unas pocas veces cada semana	8 (42,10)	11 (57,89)	0,474	n.s.
	Unas pocas veces casi todos los días	-	-	-	n.s.
	Muchas veces cada día	-	-	-	n.s.
	Muchas veces todo el día	-	-	-	n.s.
¿Cuántas veces has ido bastante bebido en los últimos 30 días?	Nunca	153 (51,17)	146 (48,82)	0,164	n.s.
	1 vez	16 (48,48)	17 (51,51)	0,030	n.s.
	2 o 3 veces	9 (50,00)	9 (50,00)	0,000	n.s.
	4 o 5 veces	0	1 (100)	-	-
	6 o más veces	1 (100)	0	-	-
¿Cuántas veces beberás alcohol en los próximos 12 meses?	Nunca	52 (50,00)	52 (50,00)	0,000	n.s.
	1 vez	64 (58,18)	46 (41,81)	2,945	n.s.
	2 a 5 veces	30 (46,87)	34 (53,12)	0,250	n.s.
	6 a 10 veces	9 (50,00)	9 (50,00)	0,000	n.s.
	Más de 10 veces	20 (35,71)	36 (64,28)	4,571	0,03

Nota: n.s. = no significativo

Viteri, 2001; Wasilow-Mueller y Erickson, 2001).

En cuanto al alcohol, los resultados de este estudio revelan un patrón de consumo muy similar en chicos y chicas, manteniendo estas prevalencias significativamente mayores que sus compañeros en algunos casos (frecuencia de consumo mensual y expectativas de consumo futuro). Partiendo de estos datos y considerando que la mujer es más susceptible a los efectos tóxicos de esta droga (García y González, 2002), sería necesario acotar las variables que predisponen el inicio, mantenimiento y abuso de esta sustancia en función del género.

En resumen, los resultados alcanzados en este trabajo confirman que las diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco en España está disminuyendo y en algunos casos, incluso, invirtiéndose en favor de las chicas. Partiendo de esta nueva realidad y conociendo la naturaleza multicausal del abuso de sustancias en la adolescencia esta justificado que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de

riesgo y protección (National Institute on Drug Abuse, 1997; Sussman et al., 2004). En este sentido, como plantean Valdés y Sánchez (1999) en su informe para la O.M.S. es necesario diseñar programas de prevención y cesación para cada sexo y grupo de edad. Además, para que dichos programas resulten eficaces es necesario que se fundamenten en modelos teóricos consistentes avalados por datos empíricos que determinen las variables relevantes del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco y alcohol (Arbinaga, 2002; Espada et al., 2002; Espada, Rosa y Méndez, 2003).

Referencias

- Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad. *Clínica y Salud*, 13, 163-180.
- Ayesta, F.J. y De la Rosa, L. (2001). ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prevención del Tabaquismo*, 3, 155-160.
- Becoña, E. (2000). *Los adolescentes y el consumo de drogas. Papeles del psicólogo*, 77.
- Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2002) *Ganar Salud con la Juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cortés, M., Schiaffino, A., Martí, M. y Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta sanitaria*, 19, 26-44.
- Espada J. P. y Méndez, F. X. (2002). Trastornos de conducta en la infancia y consumo de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Adolecencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 3, 581-602
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Sa-lud y Drogas*, 3, 61-81.
- Fernández, E., Schiaffino, A. y Borrás, J.M. (2002). Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Pública de México*, 44, 11-19.
- Fernández, E., Schiaffino, A y Peris, M. (2001). Tabaquismo en mujeres. Un problema de salud emergente. *Enfermedades emergentes*, 3, 184-190.
- García, L. y González, M.T. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Jané, M., Pardell, H., Saltó, E. y Salleras, L. (2001). Epidemiología del tabaquismo. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prevención del Tabaquismo*, 3, 147-154.
- Joossens, L., Sasco, A., Salvador, T. y Villalbí, J.R. (1999). Mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Revista de Salud Pública*, 73, 3-11.
- López, A.D., Collishaw, N.E. y Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P.J. y Sánchez, I. (2002). *Los adolescentes españoles y su salud: Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing drug abuse among children and adolescents. A Research-based guide*. NIH Publication 97 4212, Rockville MD: National Institutes on

Health.

- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., López, M.J. y Juárez, O. (2004). Factors associated with smoking onset: 3 year cohort study of schoolchildren. *Archives of Bronconeumology*, 40, 495-501.
- Nerín, I. (2005). El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Archives of Bronconeumology*, 41, 360-362.
- Petterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drugs risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 7*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Samet, J.M. y Yoon, S.Y. (2001). *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21th century*. Ginebra: World Health Organization.
- Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W. y Flay, B.R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Tessier, J.F. Nejjarí, C. y Bennani-Othmani, M. (1999). Le tabagisme dans les pays méditerranéens: Europe, Maghreb, Moyen-Orient. Données d'une enquête coopérative. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3, 927-937.
- Valdés, N. y Sánchez, S. (1999). *El tabaco y las adolescentes: Tendencias actuales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Viteri, S.A. (2001). Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer. *Prevención del Tabaquismo*, 3, 161-164.
- Wasilow-Mueller, S. y Erickson, C. (2001). Drug Abuse and Dependency: Understanding Gender Differences in Etiology and Management. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41, 78-90.

Recibido: 11/12/2005

Aceptado: 11/01/2006

GENERO Y CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS EN JÓVENES

Marina Muñoz-Rivas¹
José Manuel Andreu²
Patricia Gutierrez¹

¹Universidad Autónoma de Madrid.

²Universidad Complutense de Madrid

Resumen. En el presente trabajo se analiza el consumo de alcohol en sus diversas formas (cerveza, vino, licores y combinados), tabaco y cannabis en una amplia muestra de 4.034 jóvenes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años pertenecientes a la Comunidad de Madrid. Se confirma un elevado uso habitual de todas las sustancias de análisis siendo los varones los que consumen cerveza en mayor porcentaje que las mujeres y son éstas las que realizan un consumo mucho más mayoritario de otras, como el tabaco. Para el total de la muestra de estudio, la edad de comienzo en el consumo se sitúa alrededor de 13-14 años en ambos sexos a excepción del uso habitual del vino y cannabis en el que las mujeres se incorporan más tarde que los varones. Finalmente, se analiza la continuidad en el consumo una vez iniciado éste y se comprueba nuevamente el poder adictivo de las sustancias analizadas puesto que el porcentaje de consumidores habituales en ambos sexos se incrementa significativamente con la edad.

Palabras clave: Adolescentes, drogas, edad, género.

Correspondencia:

Marina J. Muñoz-Rivas
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud
Facultad de Psicología
Ciudad Universitaria de Cantoblanco, 28049 Madrid
Universidad Autónoma de Madrid
E-mail: marina.munoz@uam.es

Abstract. This work analyzes the consumption of alcohol in its diverse forms (beer, wine, liquor, and cocktails), tobacco, and cannabis in a large sample of 4,034 youths of both sexes, ages between 14 and 18 years old, from the Community of Madrid. The high level of habitual use of all the substances analyzed was confirmed, with a higher percentage of men consuming beer than women, and women consuming much more of other substances, such as tobacco, than men. For the entire sample, the initiation age of substance use was around 13-14 years old in both sexes, except for the regular use of wine and cannabis, in which the women started later than the men. Lastly, once initiated, consumption continuity was analyzed and once again the addictive power of the substances analyzed was confirmed, as the percentage of habitual consumers in both sexes increased significantly with age.

Keywords: Adolescents, drugs, age, gender.

El consumo de drogas por parte de los más jóvenes es, en la actualidad, no sólo un comportamiento muy extendido en este sector de la población sino, además, uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de problemas de salud y sociales en edades más avanzadas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Los datos aportados por investigaciones recientes han observado en este sector poblacional, por una parte, la importante consolidación de un patrón estable de consumo de alcohol y tabaco y, por otra, el alarmante incremento del uso de drogas ilegales como el cannabis o los alucinógenos, que parece indicar un considerable aumento no sólo del uso abusivo de una sustancia adictiva, sino también de la mezcla de varias de ellas al mismo tiempo (Baños, Ramos, López, Pérez y Guillén, 2004; Fernández et al., 2003; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000; Peñacoba et al., 2005).

De todas las drogas de consumo, el tabaco y el alcohol son las sustancias psicoactivas más consumidas por los jóvenes españoles de 14 a 18 años. Son muchos los estudios que avalan estos datos, estimando que cerca del 40% abusa habitualmente del alcohol y que aproximadamente entre el 30% y el 45% fuman cigarrillos diariamente (Navarro, 2000; Plan Nacional sobre Drogas, 2002; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000; Graña, Muñoz-Rivas y Delgado, 2000; Infante y Rubio-Colavida, 2004). En este sentido, es necesario recordar que según datos de la OMS (2005), cada día comienzan a fumar unos 4.000 jóvenes y son los escolares españoles los que más fuman de la Unión Europea.

Atendiendo a los datos aportados por los estudios analizados, es posible observar la gravedad de la situación puesto que a los porcentajes de ado-

lescentes que fuman y beben habitualmente se añade una proporción cada vez más importante de chicos y chicas consumidoras de otras sustancias de comercio ilegal como es el caso del cannabis (OMS, 2005; Villatoro et al., 2005).

Siguiendo la línea de los estudios señalados, en el presente trabajo se presentan las prevalencias de consumo de tres de las sustancias más consumidas (alcohol, tabaco y cannabis) en una representativa muestra de jóvenes de la Comunidad de Madrid, analizando detalladamente las diferencias existentes entre sexos y edades considerando tanto la edad de inicio en el uso como la continuidad en el mismo¹.

Método

Muestra

Para el presente estudio, se contó con una muestra de 4034 adolescentes (2053 varones y 1981 mujeres) pertenecientes a diversos cursos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de diferentes institutos pertenecientes a varios municipios de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 (edad media de 15,03 y desviación típica de 1,428). Todos los sujetos participaron de forma voluntaria en su desarrollo y eran conocedores de que éste formaba parte de una investigación realizada desde las Facultades de Psicología de la Universidad Complutense y Autónoma de Madrid.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario con formato de encuesta de cara a recoger los datos relativos al consumo de diferentes sustancias: alcohol (en sus diversas formas), tabaco y cannabis, considerando el consumo a través de diferentes parámetros temporales como el uso de cada una de ellas alguna vez en la vida, en los últimos seis meses o en los últimos treinta días, donde el adolescente debía contestar afirmativa o negativamente, y en el caso de utilizarlas frecuentemente, indicar la frecuencia con que lo hacía. Además, debía anotar la edad en la que inició el consumo en el caso de haber probado cualquiera de las sustancias indicadas.

Procedimiento

Una vez seleccionados los centros colaboradores con las citadas universidades, se procedió a la selección de las aulas, eligiendo una al azar de

¹Estudio financiado a través del proyecto de investigación BSO 2002-00098 del Ministerio de Educación y Ciencia.

todas las posibles que correspondían a cada uno de los cursos de Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato. Una vez seleccionadas, el tutor del curso y un miembro del departamento de orientación del centro organizaron el calendario de las horas disponibles para la evaluación de los sujetos en función de la disponibilidad de los alumnos o del desarrollo del programa escolar. El proceso de evaluación se llevó a cabo en los centros escolares en los días y horas marcados por los coordinadores. La aplicación del instrumento de evaluación se realizó siempre de forma colectiva contando con aquellos alumnos que estuvieran presentes en ese momento, ya que se pidió a los tutores que no avisaran al grupo hasta el mismo día de la aplicación. En cada aula estaban siempre presentes dos de los evaluadores entrenados en ausencia de los profesores para evitar que el alumnado se sintiera influido de alguna manera, por su presencia a la hora de contestar a ciertas preguntas relacionadas con el consumo o con el ambiente escolar. La duración de la prueba era aproximadamente de 50 minutos, pero se dispuso, en los casos en que fue necesario, de los 10 minutos disponibles para el descanso entre clases.

Resultados

Tal y como se ha señalado, se ha contado con una muestra total de 4034 adolescentes de ambos sexos (50,9% hombres y 49,1% mujeres). La edad media de los hombres fue de 15,02 años (desv. típ. de 1,423) y la de las mujeres de 15,04 (desv. típ. de 1,434).

Prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y cannabis

En primer lugar, se realizó un análisis de las proporciones de consumidores en el último mes (consumo frecuente) para cada una de las sustancias de consumo (alcohol en su diversas formas, tabaco y cannabis) y su relación con el sexo y la edad de los mismos (Tabla 1).

Los resultados obtenidos señalan nuevamente que el alcohol en sus diversas formas y el tabaco son las sustancias más ampliamente consumidas por los jóvenes, encontrando proporciones muy elevadas de adolescentes que afirman haberlas usado en el último mes (tanto para hombres como para mujeres). Tal es el caso de los combinados y los licores puesto que más allá del 40% de la muestra afirma consumirlos frecuentemente.

En comparación con el porcentaje de consumidores de alcohol y tabaco, quizás la prevalencia de consumo de cannabis es algo inferior en ambos sexos pero es importante señalar que de cada 100 encuestados alrededor de 30 jóvenes afirman consumirlo de manera habitual.

Atendiendo al análisis de las relaciones entre el sexo de los jóvenes y

Tabla 1. Relación con su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

Relación	Centros Acogida Edad			Asociaciones exalcohólicos Edad				
	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Muy buena	18	28	17	9	36	25	28	29
Buena	38	46	38	44	30	32	53	44
Mala	28	13	30	31	17	16	9	19
Indiferente	13	13	12	14	12	27	10	6

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

el consumo de cada una de las sustancias analizadas, destacar que las mujeres consumen combinados, licores y tabaco en una proporción superior a la de los varones (en el caso del tabaco, las chicas llegan a superar en diez puntos porcentuales a los varones), aunque sólo aparecen diferencias significativas entre los porcentajes de consumo para el uso de cerveza en donde la proporción de varones que la beben de forma habitual es significativamente superior a la de las mujeres (36,9 vs. 26,7; $\chi^2=54,33$; $p < 0,001$).

La edad presenta una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de consumo de cualquiera de las sustancias estimadas ya que la proporción de consumidores es mayor cuanto mayor es la edad de los encuestados, siendo más evidente en aquellas sustancias más utilizadas tanto por hombres como por mujeres como es el caso de la cerveza (el porcentaje de consumidores de cerveza en los últimos treinta días pasa de un 25,1% a los 14-15 años a un 52,2% a los 17-18 años) y de los combinados (el porcentaje de consumidores pasa de un 38,3% a los 14-15 años a un 71,7% a los 17-18 años).

También con respecto al tabaco ocurre un efecto similar llegando a duplicarse el porcentaje de consumidores habituales de esta sustancia desde los 15 a los 18 años.

Edad de inicio y patrón de continuidad en el consumo

Con respecto a la edad de inicio en el consumo, observamos que la

edad media en la que los adolescentes afirman comenzar a utilizar cualquiera de las sustancias analizadas se sitúa alrededor de los 13.7 años.

Con el fin de obtener datos más específicos, se analizaron las diferencias existentes entre sexos con respecto a la edad de inicio en el uso de sustancias y al patrón de continuidad en el consumo una vez iniciado éste, elaborando un cociente entre el número de jóvenes que afirmaban haber consumido la sustancia de análisis en alguna ocasión (consumo alguna vez) y los que afirmaban seguir haciéndolo en el último mes (consumo frecuente). Los datos resultantes aparecen en las Tablas 2 a 7.

Con respecto a la cerveza (Tabla 2), la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 13.2 años sin que existan diferencias significativas entre sexos.

La continuidad en el consumo de esta sustancia para ambos sexos es muy elevada puesto que los porcentajes de chicos y chicas que realizan un uso habitual de esta bebida alcohólica después de haberla probado es llamativo. Como puede observarse, el 93.5% de los varones que declaran haber consumido cerveza alguna vez en la vida lo han seguido haciendo en el último mes, de la misma forma que lo han hecho el 92.2% de las mujeres. En este sentido, es importante señalar que tan solo alrededor del 6% de la muestra de estudio ha sido capaz de abandonar el consumo una vez iniciado.

Tal y como se ha comentado, no aparecen diferencias significativas en el patrón de continuidad del consumo de cerveza entre varones y mujeres pero sí entre los distintos grupos de edad, observándose un incremento significativo del porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo conforme avanzan en edad, aumentando considerablemente a los 16 años (casi un 11%) y, en menor medida a los 18, edad en la que prácticamente el 80% de la muestra afirma consumir cerveza de forma habitual.

Tabla 2. Relación con su familia de origen por comunidades autónomas (% verticales)

Relación	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (93)	Madrid (134)	Andalc (90)	Barcel (37)	C.Valen (55)	Madrid (50)	Andlc (28)	Barcel (52)
Muy bn	26	14	17	19	40	24	21	21
Buena	42	40	37	30	42	40	54	52
Mala	24	30	26	38	6	16	4	23
Indifent	7	15	16	11	11	20	21	4

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

En el caso del vino (Tabla 3), la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 13.4 años, siendo significativamente superior en el caso de las mujeres (13.39 vs. 13.52, $t(721.9)=-2.11$, $p \leq 0.05$).

Con respecto al patrón de continuidad en el consumo, el porcentaje de jóvenes que han consumido vino alguna vez en la vida y que siguen consumiendo en el último mes es aproximadamente del 75.5%, sin que se establezcan diferencias por sexos. Si se observan los contrastes entre grupos de edad, encontramos que entre los 14-15 años, el 74% de los adolescentes afirman estar consumiendo vino de forma habitual (hay que recordar que la media de inicio en este consumo se sitúa tan solo un año antes) y este porcentaje se incrementa en un 5% a la edad de 16 años. A la luz de los datos, parece que entre los 17-18 años, un significativo porcentaje de chicos y chicas reducen su consumo aunque supone una reducción de un punto porcentual con respecto a las edades anteriores.

Tabla 3. Personas de las que recibieron malos tratos en su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad		
Personas	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Padre	61	67	59	29	33	71	50	83
Madre	30	33	28	71	56	57	13	33
Ambos	8	5	4	8	22	14	--	--
Hermanos/as	10	5	17	--	--	--	13	--
Abuelo/a	5	10	9	--	--	--	25	--
Marido	11	24	13	8	11	--	50	17

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Con respecto al consumo de licores (Tabla 4), la edad media de inicio es algo superior a las sustancias comentadas situándose cerca de los 14 años y, como ocurría en el caso de la cerveza, no existen diferencias significativas entre mujeres y hombres.

Con respecto a la continuidad en el consumo, el 81.2% de los varones y el 82.4% de las mujeres que probaron alguna vez algún licor lo siguen consumiendo en el último mes sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre los mencionados porcentajes.

Con respecto a la continuidad en el consumo de licores, nuevamente la edad establece diferencias significativas puesto que de cada 100 encuestados, 85 de ellos con edades comprendidas entre los 17 y 18 años continúan consumiendo de forma frecuente este tipo de bebida alcohólica. Aquí, es importan-

te señalar que el grupo más numeroso de consumidores es el conformado por los adolescentes de 16 años que supera al grupo de mayor edad en casi un 3%.

Para finalizar con el estudio del consumo del alcohol, los datos mostraron que la edad de comienzo habitual en el uso/abuso de combinados se sitúa en los 14,1 años, por encima de la obtenida en el caso de la cerveza, el vino o los licores a pesar de que alcanza una prevalencia de consumo habitual mayor (Tabla 5). Con respecto al sexo no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres señalando una edad de comienzo equivalente en ambos casos.

Tabla 4. Antecedentes familiares de alcoholismo en su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

Antecedentes	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Padre	22	21	24	25	12	34	16	17
Madre	5	2	9	2	3	--	3	2
Hermano	14	12	15	12	13	11	13	13
Abuelo/a	6	6	7	5	4	2	9	4
Hijo	--	1	--	--	--	--	--	4
Exmarido	--	16	--	--	--	18	16	13
Ninguno	61	49	57	61	71	41	50	52

Los resultados obtenidos sobre la continuidad del consumo van en la misma dirección que los obtenidos para las bebidas alcohólicas anteriormente comentadas puesto que no se aprecian diferencias significativas entre sexos en cuanto a los porcentajes de consumidores habituales (en ambos sexos suponen prácticamente el 84%) y, además, vuelven a aparecer incrementos importantes en el número de jóvenes que han pasado de probar esta a sustancia a consumirla de forma frecuente conforme avanza su edad, llegando al 90.3% de los jóvenes a la edad de 17-18 años.

El tabaco, después del alcohol, es una de las sustancias más consumidas en la muestra de estudio y la edad media de inicio se sitúa en los 13,2 años para ambos sexos. Quizás en esta sustancia el resultado más interesante hace referencia al patrón de continuidad en el consumo que, según los datos obtenidos, es diferente en ambos sexos (Tabla 6).

Así, parece que tanto los varones como las mujeres prueban el tabaco por primera vez a una edad muy similar pero el porcentaje de jóvenes que continúan el consumo a partir de ese momento llegando a consolidarlo como una pauta habitual es significativamente superior en el sexo femenino (69,80 vs. 77,36; $z=-4,02$; $p< 0,001$), lo que explicaría asimismo las diferencias encon-

Tabla 5. Consumo de alcohol por las entrevistadas, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

	Centros Acogida		Asociaciones exalcohólicos					
	Edad		Edad		Edad			
Antecedentes	C.Acogd (354)	Asociac (185)	20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Sí	17	21	19	15	12	25	24	13
No	62	41	60	58	75	46	40	40
No actualmt	9	22	10	11	4	23	23	19

tradas en las prevalencias de consumo presentadas al comienzo de este trabajo.

Como ocurría en los casos anteriores, la continuidad en el consumo de tabaco se incrementa significativamente con la edad siendo un 10% mayor la proporción de fumadores habituales a los 17-18 años si la comparamos con la de jóvenes de 14-15, aunque es importante subrayar que ya a esta edad tan temprana prácticamente el 72% de la muestra afirma haber fumado en el mes previo al estudio con una frecuencia al menos semanal.

Finalmente, con respecto al cannabis se observa que los varones se inician en el consumo de esta sustancia a una edad estadísticamente inferior a las mujeres (14.28 vs. 14.95, $t(528.3)=-2.80$, $p\leq 0.005$) de la misma forma que ocurría en el caso del vino (Tabla 7). A pesar de ello, si analizamos el número de jóvenes que una vez probada la sustancia continúan haciéndolo de forma frecuente, observamos que el porcentaje de mujeres es un 3% superior al de los varones aunque este incremento no establezca diferencias estadísticas significativas.

Al respecto del análisis de la continuidad atendiendo la edad de los jóvenes que continúan consumiendo cannabis después de haberlo consumido por primera vez, se observa que no existen diferencias entre los distintos grupos manteniéndose un porcentaje de consumidores habituales similar desde los 14 a los 18 años.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman nuevamente el uso generalizado de sustancias psicoactivas analizadas en la población de jóvenes de nuestra comunidad. Más específicamente, es el alcohol la sustancia más consumida (en cualquiera de las formas analizadas) seguida del tabaco y el cannabis.

Tabla 6. Consumo de alcohol por la población femenina entrevistada, por comunidades autónomas. (% verticales)

Consumo	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (93)	Madrid (134)	Andalc (90)	Barcel (37)	C.Valen (55)	Madrid (50)	Andlc (28)	Barcel (52)
Si	18	8	24	24	18	4	18	42
No	74	73	43	38	46	56	21	33
No actual	7	8	12	14	35	8	36	14

Tabla 7. Frecuencia de consumo por diferenciación de sexo y grupos de edad (% verticales)

Frecun	Centros		Asociaciones		Centros Acogida Edad		Asociaciones Edad			
	Mujrs (59)	Varons (207)	Mujrs (39)	Varons (65)	20-35 (33)	36-55 (17)	+ 45 (8)	20-35 (11)	36-45 (22)	+ 45 (6)
Diario	--	--	8	3	--	--	--	9	--	--
S.estab	16	31	6	31	24	30	50	36	23	50
Habitual	58	27	66	10	30	23	25	18	9	--
Ocasion	3	12	4	31	12	12	13	9	41	33
Esporád	8	17	6	15	21	12	12	18	14	17

Las prevalencias de consumo obtenidas en el estudio refieren que más del 40% de los jóvenes consumen alcohol y tabaco de forma habitual y coinciden con las obtenidas en otros trabajos realizados en los últimos años (Alcalá, Azañas, Moreno y Gálvez, 2002; Martínez y Robles, 2001; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Observatorio Español sobre Drogas, 2004; Sánchez, 2000). Es en el caso del cannabis donde hemos encontrado una proporción de consumidores algo más elevada que la referida por otros autores (Instituto de Salud Pública, 2005; Sánchez, 2000) y la encontrada en otros estudios realizados por nuestro equipo de investigación (Graña, Muñoz-Rivas, Peña y Andreu, 2002; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000). Sin lugar a dudas es ésta una de las sustancias que más incremento ha presentado en los últimos años y que establece nuevas pautas de uso/abuso que deben ser consideradas, a la luz de los resultados que vienen exponiéndose en los estudios realizados, como un patrón estable conformado por las tres sustancias de análisis: alcohol, tabaco y cannabis.

En cuanto al consumo de alcohol, las bebidas preferidas por los jóvenes de ambos sexos de nuestra muestra de estudio son los combinados, los licores y el vino (más del 40% de la muestra afirma consumirlas de forma habitual), constatando la tendencia señalada desde comienzos de la década de los 90 por diversos estudios (Graña, Muñoz Rivas y Delgado, 2000; Instituto de Salud Pública, 2005; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000; PNSD, 1994,1996,2002), que señalan la consolidación de un patrón de consumo centrado en el uso de sustancias de mayor graduación, acentuado muy posiblemente por la aparición de nuevas formas de ocio en este sector poblacional como lo es el preocupante "botellón".

Otro aspecto importante a tener en cuenta además de la prevalencia de consumo de las sustancias mencionadas, es la edad en la que los jóvenes comienzan a implicarse en él. En general, los datos indican que cada vez es menor puesto que ya alrededor de los 13 años un alto porcentaje de adolescentes tienen un primer contacto con sustancias como la cerveza, el vino o el tabaco y tan sólo un año después prueban los combinados y el cannabis, aumentando de forma alarmante su consumo a lo largo de los años siguientes (alrededor de los 16 años) y llegando a ser un uso generalizado y estable a los 18-20 años.

Estos datos unidos al análisis de la continuidad en el consumo nos recuerdan el importante poder adictivo de las sustancias de estudio, al detectar que gran parte de los adolescentes que la consumen a edades tempranas suelen consolidar su uso en momentos posteriores, siendo todavía poco significativos los porcentajes de aquellos que logran la abstinencia a pesar de que son muchos los que quisieran dejar de fumar o beber (Observatorio Español sobre Drogas, 2003).

Si se considera el sexo de los jóvenes consumidores, en los estudios más recientes se ha observado que las diferencias encontradas hace años entre hombres y mujeres en cuanto al consumo del alcohol, tabaco y cannabis son prácticamente inexistentes, aunque algunos autores han encontrado aspectos diferenciales en cuanto a frecuencia con la que lo hacen (García del Castillo, Lloret y Espada, 2004)

En este sentido, los datos obtenidos avalan la igualdad de sexos en la proporción de consumidores y en la frecuencia de consumo de combinados, licores, vino y cannabis a excepción de la cerveza y el tabaco.

Con respecto a la cerveza, la proporción de hombres es significativamente superior a la de las mujeres y, en el caso del tabaco, el porcentaje de jóvenes fumadoras parece ser sensiblemente superior al de los hombres. Es

importante señalar que esta tendencia se ha venido observando desde comienzos de la década de los 90, en la que el consumo de tabaco por parte de las mujeres ha logrado igualar e incluso superar al de los hombres suponiendo un cambio importante con respecto a lo que ocurría en los años 80 en los que el uso de esta sustancia parecía estar más cerca del sexo masculino.

Son estos datos interesantes para su análisis puesto que además de plantear una nueva tendencia de consumo importante por sus repercusiones para la salud de los más jóvenes, también supone un reto para la investigación explicativa del fenómeno que quizás deba dirigirse al estudio más detallado de las actitudes y creencias diferenciales entre sexos al respecto del uso de sustancias y su efecto para la salud (ej., distinta permisividad del consumo, distintas percepciones de los riesgos asociados y/o distintos efectos emocionales de la imagen de los adictos). En este sentido, algunos autores han señalado ya la importancia de variables explicativas y motivacionales de este tipo variables señalando diferencias importantes entre sexos, especialmente con respecto al uso del alcohol (Rodríguez, Ovejero, Villa y Sirvent, 2004).

Referencias

- Alcalá, M., Azañas, S., Moreno, C. y Gálvez, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes. *Medicina de Familia*, 3, 81-87.
- Baños, M.A., Ramos, J.A., López, C., Pérez, V. Y Guillén, J.L. (2004). Síndrome de abstinencia y otros efectos en jóvenes fumadores de hachis. *Adicciones*, 16(1), 19-29.
- Becona, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Fernández, J., Alvarez, E., Secades, R., Jiménez, J.M., Cañada, A., Donate, I., Fernández, J.R. y Vallejo, G. (2003). Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del Principado de Asturias. *Adicciones*, 15(1), 31-37.
- García del Castillo, J.A., Lloret, D. y Espada, J.P. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. *Salud y Drogas*, 1(4), 19-38.
- Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M.J. y Delgado, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda: Factores de riesgo y de protección*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M.J., Peña, M.E. y Andreu, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en adolescentes. *Adicciones*, 14(3), 313-320.
- Infante, C. y Rubio-Colavida, J.M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16, 59-73.
- Instituto de Salud Pública (2005). *Encuesta de Salud Pública*. Area de Gobiernos de Seguridad y Servicios a la Comunidad. Ayuntamiento de Madrid.
- Martínez, J.M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.

- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: *Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Navarro, J. (2000). *Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid.
- Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Observatorio Español sobre Drogas (2004). *Encuesta sobre drogas a población escolar, 2002*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Oficina contra la droga y el delito.
- Peñacoba, C., González-Gutiérrez, J.L., Benito, M., Botillo, E., González, R., Moreno-Rodríguez, R., Ardoy, J. y Carretero, I. (2005). Consumo de alcohol y éxtasis en adolescentes y variables psicosociales implicadas. Un análisis descriptivo. *Psicología Conductual*, 13(1), 127-145.
- Plan Nacional sobre Drogas (1994). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Rodríguez, F.J., Ovejero, A., Villa, M. y Sirvent, C. (2004). Consumo de sustancias psicoactivas, género e identidad psicosocial: análisis de las diferencias intergénero en las actitudes juveniles ante el uso de alcohol. *Revista española de drogodependencias*, 3 (4), 167-187.
- Sánchez, E. (2000). Uso de drogas en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(1), 79-85.
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre de 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.

Recibido: 7/01/2006

Aceptado: 31/01/2006

*DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ADICCIÓN E
IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS*

Pilar Blanco Zamora
Carlos Sirvent Ruiz
Leandro Palacios Ajuria
Fundación Instituto Spiral
Madrid (España)

Resumen La incorporación de la mujer en todos los órdenes que la sociedad ha experimentado en los últimos años ha supuesto que las adicciones femeninas - y en concreto de las demandas terapéuticas asociadas a las mismas - hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido primero en curiosidad y luego en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo. En este trabajo se realiza una síntesis de 10 de los aspectos que nos parecen más relevantes relacionados con el tema para poder ofrecer un acercamiento operativo al problema de las adicciones según el género

Palabras clave: Adicción, drogas, género, mujer, psicopatología, tratamiento e intervención.

Abstract Women incorporation in all orders that society has experienced in the last years has meant that feminine addictions - and specifically of the therapeutic demands associated to them - have stopped being exceptional circumstances and have turned firstly into curiosity and then into a focal point and concern for professionals working in this field. The following article will try to accomplish a synthesis of 10 of the most outstanding aspects related to the subject to offer an operative approach to the question of gender addictions.

Keywords: Addiction, drugs, gender, woman, psychopathology, treatment and intervention.

Correspondencia:

Pilar Blanco Zamora
Fundación Instituto Spiral
C/ Marqués de Valdeiglesias, 2 Bajo
28004 Madrid
E-mail: pbz@institutospiral.com

Introducción

Hasta hace pocos años no ha cobrado la debida importancia el tema de la adicción femenina pese a que diferencias de envergadura respecto a la adicción masculina justificarían sobradamente su abordaje desde muy distintos ángulos: clínico, asistencial, familiar, de inserción sociolaboral, etc. Hasta ese momento resultaba tan obvio que la asistencia en el campo de las adicciones era algo común a ambos sexos (por no decir algo masculino) que se hablaba de los adictos para hacer referencia a la globalidad de la población atendida sin apercibirse de que el modelo tanto epistemológico como terapéutico que subyacía tras dichas afirmaciones sufría una deformación connotada por la propia realidad asistencial, es decir, por el abrumador predominio de pacientes varones en los distintos dispositivos de atención tanto en alcoholismo como en otras adicciones. No es de extrañar entonces que las mujeres adictas fueran tratadas como casos atípicos no sólo por su menor presencia sino porque en no pocas ocasiones ellas mismas evitaban acudir a servicios de atención profesional.

La incorporación de la mujer ha supuesto que las adicciones femeninas -y en concreto de las demandas terapéuticas asociadas a las mismas- hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido primero en curiosidad y luego en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo.

Nuestra iniciativa en el año 90 de crear un programa específico para mujeres adictas sin abandonar el tradicional programa mixto ha contribuido modestamente en el plano cuantitativo y valiosamente en el cualitativo a poner de manifiesto necesidades asistenciales que se presumían pero no se llevaban a efecto por no crear gettos asistenciales que, como luego se ha comprobado, son alternativas no ya útiles sino indispensables para muchas mujeres adictas. Por otra parte, tenemos un imperativo epidemiológico: el número de alcohólicas ha crecido espectacularmente pasando de una proporción de unos 6 varones por cada mujer en los años 70 a casi 3 varones por cada mujer en la actualidad. Y la cosa no queda ahí. La demanda de tratamiento de la mujer alcohólica es muy superior a la del hombre, de manera que por cada dos varones hay una mujer en tratamiento. En nuestro caso, incluso llegamos a igualar la cifra de varones y mujeres en tratamiento, lo que implica, por un lado, que la mujer alcohólica tiene menos reparos que el hombre a la hora de demandar ayuda terapéutica y, por otro, que la cualidad de la misma está cambiando.

En definitiva, la mujer y su entorno suponen un universo asistencial próximo y a la vez desconocido que demanda una atención similar pero sutil-

mente diferente. Y en estas diferencias es donde pueden producirse las confusiones y la desorientación pues la mujer se siente aún extraña en muchos dispositivos donde sus condición femenina y la singular manera de vivir, experimentar y manejar sus problemas se topa de bruces con la mirada sorprendida del profesional y, en los peores casos, con una discriminación -obviamente inconsciente-fruto de la incertidumbre del terapeuta. Algunas mujeres incluso se han llegado a sentir proscritas porque el espacio terapéutico al que llegaban estaba diseñado para hombres.

Las circunstancias cambian, no obstante, si nos referimos a otros ámbitos como, por ejemplo, el submundo marginal donde se consumen drogas ilegales en condiciones higiénicas y de calidad de vida precarias. Aquí la situación de la mujer es atroz, ya que tiene que adaptarse a un entorno duro y hostil donde impera la ley del más fuerte. Para sobrevivir, la mujer no pocas veces se asocia a un varón que le proporciona droga. O acaba vendiendo drogas ella misma de forma arriesgada, pudiendo llegar a prostituirse incluso ambas cosas a la vez. Si antes decíamos que la mujer alcohólica demanda tratamiento con mayor frecuencia relativa que el hombre, en el caso de la mujer adicta marginal ocurre al revés. Por increíble que parezca, la mujer heroínómana que soporta una vida "tirada" sufre maltrato, extorsión, y carencias sin fin, tarda más tiempo que el hombre en iniciar tratamiento. Efectivamente, si por cada heroínómana hay aproximadamente 4 ó 5 varones consumidores, la proporción de mujeres que solicitan tratamiento desciende a 1 por cada 7 heroínómanos. Una de las razones que invocan para esta tardanza es la desconfianza en los centros de asistencia. En nuestra opinión, no obstante, concurren otros factores como los siguientes: mayor disponibilidad de droga que los hombres y quizá, más prejuicios hacia el tratamiento. Las heroínómanas se endurecen tanto debido a la ajada vida que llevan que cuesta - siempre en términos generales - más trabajo tratarlas porque antes tiene que desmontarse todo ese bagaje actitudinal negativo que arrastran.

Las mujeres representan en conjunto aproximadamente el 20-25%, de toda la actividad asistencial en adicciones; es decir, hay entre cuatro y cinco hombres adictos por cada mujer. Aunque ambos padezcan la misma enfermedad, la mujer tiene unos problemas específicos, distintos, que no suele presentar el hombre. Como reiteramos a lo largo de toda esta exposición, la cuestión cambia según se trate o no de drogas ilegales. Por lo general, la proporción de mujeres usuarias de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos) y de adicciones no químicas (compras, juego, televisión) es mucho más elevada que la de mujeres adictas a drogas ilegales. Una tendencia inversa - que luego ratifi-

caremos - se da en los varones. En sustancias como el alcohol o el tabaco parece que el inicio del consumo es más precoz e incluso cuantitativamente mayor en la mujer. Con drogas como la cocaína o el cannabis las tornas cambian, siendo el varón quien claramente empieza antes y en un porcentaje mucho mayor.

Hace apenas diez años el hombre predominaba en todos los ámbitos de consumo, advirtiéndose -no obstante- una aproximación estadística de la mujer, salvo en lo referido a drogas ilegales, revelando que algo está cambiando en los usos y costumbres sociales.

El fenómeno de las adicciones, al igual que el resto de fenómenos sociales requiere un abordaje desde la perspectiva de género si no queremos dejar fuera de él a un importante sector compuesto por mujeres adictas. Hasta la fecha, dado que el colectivo de varones adictos casi quintuplica al de mujeres, la situación de éstas dentro del espacio asistencial ha sido precaria ya que los dispositivos que lo conformaban estaban funcionalmente connotados por el predominio masculino. No es que - como se ha dicho - sean dispositivos para varones, sino que el enorme predominio de éstos hace que intrínsecamente y sobre todo en sus planos horizontales (interrelación de usuarios) vengan determinados por el estilo que aquellos marcan.

Teniendo en cuenta lo dicho en este prólogo, pasaré ahora a plantear e intentar responder una serie de cuestiones concretas que se derivan del título de este artículo.

¿La adicción tiene género?

En principio, la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de ser adictos, si bien lo cierto es que en la adicción ambos sexos cuentan con algunas semejanzas y también con diferencias. Con frecuencia, la adicta tiene menoscabo de la autoestima, y de la autoconfianza, pudiendo llegar a sentirse impotente. Muchas mujeres no buscan tratamiento porque tienen miedo, por ejemplo, de no poder cuidar a sus hijos, de las represalias de sus parejas, del castigo de las autoridades, etc. En no pocos casos afirman que sus compañeros drogodependientes las iniciaron en esa práctica. Además, la investigación indica que la mujer adicta tiene enorme dificultad para mantener tratamiento cuando el estilo de vida de su compañero facilita el uso de drogas. Así pues, aun cuando en principio la adicción no tiene género, el género influye en la adicción y la adicción influye en el género

Rasgos socioculturales diferenciadores

El primero sería, por factores histórico-culturales, la menor tradición gregaria de las mujeres drogodependientes, con una forma de relacionarse más individual y con menor sensación de pertenencia a un grupo. La mujer se relaciona mayormente de forma diádica o en pequeños grupos. Esto le dificultará su ulterior adscripción a grupos terapéuticos, aunque finalmente se puede conseguir una perfecta integración grupal.

El adicto varón suele estar más socializado cualquiera que sea el tipo de drogodependencia. Por el contrario, la mujer drogodependiente suele hacer una vida más solitaria, siendo sus consumos en mayor medida privados y tormentosos en general (aunque esta forma también se presente en varones y en una progresión creciente). En definitiva, la mujer adicta padece más la soledad.

La diferente manera de manifestar emociones y sentimientos que parecen exteriorizar con mayor facilidad las mujeres.

El hombre adicto se muestra más disciplinado y asume mejor las consignas, pautas y medidas funcionales, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas (cuestión a tener en cuenta para el tratamiento).

También en el plano legal el varón suele presentar mucho mayor índice de problemas legales. La mujer consumidora de sustancias ilegales suele tener problemas con la justicia aunque en menor medida que su homónimo varón.

Diferencias psicológicas y psicopatológicas

Entre las diversas características encontradas destacaremos aquellas que son más peculiares o diferencian a las mujeres adictas de los varones. Seleccionamos las siguientes:

Presencia de *dependencias relacionales* (ver más adelante) más frecuentes: mayor incidencia de dependencia emocional y sobre todo de bidependencia*.

- También es mucho más frecuente, incluso típica, en la mujer la tríada psicopatológica baja autoestima, soledad y vacío existencial.

- La mujer presenta mayores índices de maltrato, sojuzgamiento y abusos sexuales. La violación no es un hecho excepcional ni mucho menos, sobre todo en mujeres dependientes de drogas ilegales.

- Pese a su aparente mayor locuacidad, las mujeres tienen tantas dificultades como los varones para expresar sus planos íntimos personológicos.

- Minusvaloración sistemática de sus capacidades que redundan en un déficit crónico de la autoestima. El autoconcepto de muchas drogodependientes dibuja un sombrío autorretrato de infravaloración, sentimiento de inescapabilidad, autopercepción de vicio y tendencia a perpetuar una situación que ellas mismas consideran irresoluble.

Frecuente desvitalización y aparición concomitante de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.

Menor capacidad de autonomía (por tender a depender frecuentemente de alguien) a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones la mujer vive sintiéndose inferior. Esta situación las lleva a estar bajo la "tutela" o cuidado de otros, cualquiera que sea la edad que tengan. Piensan que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

Diferencias de género en la comorbilidad psiquiátrica

Mención especial merecen los trastornos psicopatológicos asociados al consumo de drogas. De acuerdo con los diferentes estudios realizados por diversas instituciones, el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplen los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. Los diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son: trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, episodios depresivos mayores y la distimia (neurosis depresiva). En un reciente estudio de seguimiento realizado en Instituto Spiral con 161 mujeres, un 48% de ellas presentaban trastornos psicopatológicos, de las cuales un 26,5% padecían trastornos del estado de ánimo, otro 26% trastornos adaptativos y casi un 6% trastornos psicóticos. En el eje II, un 22% estaban diagnosticadas de trastornos de la personalidad (límite y por bidependencia¹).

Al comparar los 3 periodos en que se dividió la muestra, se puede observar un claro incremento de esta patología a lo largo de los años. Así pues, mientras en el periodo 90-93 eran un 26,9 % las personas que padecían estos trastornos, en el último periodo el porcentaje ascendió al 57,9%, lo que no es

1. Bidependencia o doble dependencia, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s). Es un proceso más frecuente en la mujer adicta que se podría definir como el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante

de extrañar pues, según un informe sobre la salud mental en 2001 presentado por la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas se verá afectada por alguna enfermedad mental o neurológica a lo largo de su vida. Como es lógico este incremento de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana.

Considerando la presencia de psicopatología asociada en mujeres, veremos que un 36% (con tendencia al alza) del total tienen diagnóstico positivo de trastorno comórbido. Comparando el anterior estudio con los datos de 67 mujeres atendidas en programa específico durante el año 2001 (excluidas las tratadas por alcoholismo en régimen ambulatorio), un 25% están diagnosticadas de trastorno de ansiedad, casi un 21% de trastorno del estado de ánimo (generalmente depresión) y un 15% de trastornos severos del sueño.

Entre los varones, en cambio, son más frecuentes los trastornos de personalidad y las psicosis (esquizofrénica y paranoide) así como mucho menos frecuente el trastorno del estado de ánimo.

Los ejemplos más comunes de comorbilidad psiquiátrica incluyen las correlaciones entre psicosis y adicción a la cocaína; adicción de alcohol y depresión; adicción a diversas sustancias y esquizofrenia, así como trastorno límite de la personalidad y abuso episódico de varias sustancias.

Mientras que los trastornos de la personalidad y esquizomorfos son más frecuentes en el varón, las adicciones femeninas presentan un mayor índice de trastornos asociados del estado de ánimo (especialmente depresivos), de ansiedad y adaptativos. De hecho, estudios epidemiológicos multicéntricos demuestran que la depresión es, por lo menos, dos veces más común en la

En un estudio epidemiológico realizado sobre patología dual por el Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA) en Estados Unidos sobre 20.291 individuos revela que:

- La tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29% con una odds ratio de 2,7 (es decir, que su probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental)
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6%
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.
- En lo que respecta a trastornos psicopatológicos específicos, sus tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias, al menos alguna vez en su vida, fueron en la esquizofrenia del 47%, en los trastornos de ansiedad del 23,7%, en los trastornos del pánico del 35,8%, en los trastornos obsesivos compulsivos del 32,8%, en los trastornos afectivos del 32% y en el trastorno antisocial de personalidad de hasta un 83,6%.

mujer que en el hombre; aparece de forma más precoz, teniendo su máxima prevalencia durante los años fértiles, que constituyen precisamente el período caracterizado por una mayor vulnerabilidad social, psicológica y hasta biológica de la mujer. Además, el cuadro en la mujer suele ser más prolongado que en el hombre y tener una menor tasa de remisión espontánea, lo cual, junto a los factores antes mencionados, puede contribuir a su cronicidad. Las mujeres con trastorno bipolar sufren más períodos depresivos mientras el hombre muestra una mayor tendencia a los episodios maníacos.

En conclusión, en el caso de una mujer, los trastornos más frecuentes tienen que ver con la depresión, pero no sólo con la depresión reactiva, la depresión debida al consumo de sustancias, sino con la depresión endógena. Es una especie de precio que se paga por consumir drogas, ya que éstas crean un vacío emocional intenso y ese vacío produce la sensación de no poder salir de una angustia permanente.

Tabla 1. Relación con su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

Relación	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	C.Acogd (354)	Asociac (185)	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
			20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Muy buena	18	28	17	9	36	25	28	29
Buena	38	46	38	44	30	32	53	44
Mala	28	13	30	31	17	16	9	19
Indiferente	13	13	12	14	12	27	10	6

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Las dependencias relacionales

Etimológicamente, el concepto dependencia relacional (D.R.) define el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente de dicha dependencia es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace. No obstante, hay una clase D.R. denominada bidependencia en la cual el sujeto dependiente es a la vez dominante y en lugar de disolver su personalidad en la del otro, la fagocita creando una atmósfera asfixiante.

Tabla 2. Relación con su familia de origen por comunidades autónomas (% verticales)

Relación	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (93)	Madrid (134)	Andalc (90)	Barcel (37)	C.Valen (55)	Madrid (50)	Andlc (28)	Barcel (52)
Muy bn	26	14	17	19	40	24	21	21
Buena	42	40	37	30	42	40	54	52
Mala	24	30	26	38	6	16	4	23
Indifent	7	15	16	11	11	20	21	4

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Un aspecto sustancial es la actitud dependiente, de manera que aunque el sujeto con dependencia relacional se libere (o mejor dicho rompa) una relación, fácilmente reproducirá los mismos esquemas de interrelación con la siguiente pareja dado que muestra una tendencia natural a repetir comportamientos y -sobre todo- actitudes que favorecerán que cada sucesiva relación acabe a la postre convirtiéndose en relación dependiente.

La dependencia relacional que más nos interesa es la bidependencia, que es la que establece una persona adicta (o ex-adicta) con otro sujeto (sea éste adicto o no). La relación es progresivamente patológica y/o sojuzgadora (tarde o temprano hay sometimiento). Utilizando las palabras del Dr. Sirvent definimos "La bidependencia o doble dependencia como el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de

personas o situaciones que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción. En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo a veces invalidante".

Es más frecuente en mujeres y cuando aparece, lastra definitivamente la recuperación hasta el punto de significar un importante factor de recaída. El origen de esta situación se deriva en buena parte de la "biografía azarosa" que han sufrido la mayoría de drogodependientes, tanto hombres como mujeres, si bien estas últimas han sufrido en mayor medida una figura opresiva sojuzgadora (parental, compañero-inductor, proxeneta, etc.) o sobreprotectora-absorbente. En el perfil clínico aparecen los bipolos sojuzgamiento-sobreprotección presentes en más de un 75% de los casos. Pero es ya durante el proceso de convertirse en toxicómana, en la carrera hacia la drogodependencia primero y en la ulterior vida como adicta luego, cuando se establece o definitivamente arraiga el famoso "depender de alguien" (personas, grupos, situaciones sostenidas, etc.) que tanto dificulta la deseable restitutio ad integrum pretendida por cualquier programa terapéutico. En los estudios de actitud y en el análisis simple del comportamiento de la mujer toxicómana se confirma lo antes enunciado: iterativa tendencia a delegar responsabilidades, a apoyarse en los demás condicionando su futuro al de otra u otras personas, y -sobre todo- a no querer asumir la propia vida con autonomía e independencia, más por incapacidad (por ser una habilidad que prácticamente nunca desarrolló) que por negligencia. Cualquier profesional o equipo que quiera tratar a un doble dependiente, deberá desarrollar un trabajo suplementario fundamental de búsqueda de la autonomía eficaz desde el primer día, lo que significará un esfuerzo por recobrar tanto la identidad disuelta o sumergida como la capacidad de adoptar decisiones consecuentemente.

Edad y género

¿Son diferentes las razones por las cuales las jóvenes se inician en el consumo de drogas con respecto a los varones? ¿Existen formas diferentes de consumo? La mayor parte del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas comienza durante la adolescencia, en tanto que la iniciación a temprana edad en drogas está relacionado con un consumo más prolongado y grave, y -subsiguientemente- más resistente al tratamiento. Aunque no es lo más habitual ver un adolescente adicto, casi todas son consumidores abusivos donde la mujer y el hombre tienen unos modelos de adicción muy parecidos; p.ej.: las

mujeres alcohólicas, y drogodependientes -a diferencia de los varones- consumen frecuentemente en solitario,, sin embargo, entre adolescentes consumen sociológicamente igual los chicos que las chicas, es decir, siendo además un modelo de consumo más abusivo que adictivo; no obstante existe una relación directa entre inicio temprano de abuso de drogas y adicción.

Según un estudio realizado en el año 2000 por el Instituto de la Mujer en adolescentes en edad escolar, un 67,1% de las mujeres y un 56,1% del grupo de las escolares reconoce que consume drogas para divertirse y por placer. Por escapar de problemas personales consume un 14,8% de la población femenina general, y un 25,3% de las escolares y por el gusto de hacer lo prohibido un 20,8% y un 18,3%, respectivamente. Otros motivos de consumo son: para facilitar la conversación o el contacto social (1,5%, de las mujeres y un 6,9% de las escolares), por problemas familiares (un 2,4% y un 3,4%, respectivamente) y por sentirse marginada o discriminada en el trabajo (un 0,1% y un 0,3%).

El uso experimental de drogas a edades tempranas se produce a edades inferiores en chicas que en chicos. Generalmente esto responde a que las chicas más jóvenes tienen amigos de mayor edad que les inician al consumo experimental. Los datos obtenidos en un trabajo realizado en el Servicio de Salud Mental Hospital Provincial de Toledo, mostraban que mientras el 50% de las mujeres iniciaban el consumo de opiáceos influidas por tener una pareja toxicómana; sólo el 13 % de los varones referían ese motivo

Según un estudio realizado por la Universidad de Cantabria con 593 mujeres drogodependientes de Cantabria, el 76% declaró haber tenido su primer contacto con las drogas a través de sus amigos/as o grupo de iguales y un 16% con su pareja. En el caso de la droga principal el primer contacto tuvo lugar con el grupo de iguales en un 59% y con la pareja en un 31%.

Así pues, aunque en la mayoría de los adolescentes no existen diferencias significativas en cuanto a la forma de beber entre ambos sexos, si que existen diferencias en cuanto a los motivos de inicio: los nuevos roles, la imagen, las relaciones de pareja y las formas de ocio, son factores que contribuyen al incremento de las adicciones en la mujer. Estos datos deben de ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención.

a) Consumo inicial de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos): Comienzan a consumir más precozmente las chicas, casi en la edad púber. Ulteriormente se igualan en magnitud para decaer en mayor proporción el consumo en las mujeres a partir de los 35 años.

La mujer tiene una curva descendente en tanto que el hombre la mantiene

en parecida magnitud a partir de la edad adulta, decayendo muy poco el consumo inicial.

b) Consumo habitual de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos): En este aspecto también es más elevado el consumo de las chicas en la franja de 15 a 19 años.

El consumo habitual de alcohol es algo mayor mientras que el de tabaco es sensiblemente mayor (de 18 a 32%), siendo el de psicofármacos también más elevado. Las curvas de consumo se igualan en el tabaco, manteniéndose similar (en torno al 40%) durante toda la etapa adulta hasta llegar a la madurez tardía, cuando decae el consumo en la mujer. Con el alcohol, empero, salvo la ventaja inicial de las chicas hay un claro balance de consumo habitual a favor de los varones con una elevación media de unos 10 puntos.

c) Consumo inicial y habitual de drogas ilegales (tabaco, alcohol, psicofármacos): Tanto el consumo inicial como el habitual, incluso el adictivo, son más elevados y frecuentes en el hombre que en la mujer en todas las franjas de edad. Datos del P.N.D. (Madrid, Junio 2001) informan que por primera vez en la historia hay más chicas jóvenes que chicos que se inician en el consumo de alcohol. Ciertamente parece que las mujeres suelen comenzar más precozmente (como ya se dijo) pero se estabilizan y acaban bebiendo menos que el hombre.

Según los datos de que disponemos, el retrato robot de la mujer alcohólica podría ser el siguiente: entre 35 y 45 años de edad, bebe en solitario (por ejemplo, vino en la cocina) de forma atormentada y autodestructiva. Procura ocultar su adicción incluso a los más allegados pero, una vez reconocido el problema, tarda menos que el hombre en buscar solución. Por término medio su alcoholismo dura unos 7 años. Sería lo que en la tipología de Jellinek denominamos alcoholismo de tipo gamma (alcoholomanía). No obstante cada día es más frecuente encontrar mujeres que son bebedoras sociales

De igual manera, el hombre alcohólico tendría entre 42 a 60 años y bebería socialmente aunque completando su ingesta en solitario. Como la mayor parte de adictos, tarda en reconocer el problema, aunque éste es el caso de reconocimiento más tardío: unos 15 años por término medio. Sería el alcoholismo tipo beta y delta de Jellinek.

En virtud de lo anterior, aunque la mujer alcohólica tiene un perfil psicopatológico por lo común más atormentado que el varón, toma conciencia de sus problemas con mayor rapidez y eso repercute beneficiosamente en la solución de los mismos.

El índice de mujeres adictas a sustancias ilegales varía en torno a 4:1 respec-

to al hombre, mientras que el volumen de mujeres que demandan tratamiento es entre 5 y 8 varones por cada mujer.

El retrato robot de la mujer adicta a drogas ilegales tendría entre 28 y 42 años (adviértase el paulatino envejecimiento de esta población), consumidora compulsiva sobre todo de heroína y cocaína (en menor medida), con antecedentes de maltrato y patología somática asociada con mayor frecuencia que el varón. Tarda mucho en solicitar tratamiento, sobre 6 años (por los 4 que tarda el varón) y discrimina menos el tipo de centro demandado (le da igual). El retrato robot del hombre adicto a drogas ilegales tendría entre 25 y 45 años y consumiría fundamentalmente cocaína. También tarda en reconocer el problema o lo minimiza, pero solicita tratamiento antes que la mujer adicta; por término medio en unos 4 años desde que se enganchó. Con mayor frecuencia presenta comorbilidad psiquiátrica asociada o -si se prefiere- mayor psicopatología que la mujer, aunque suele disfrutar de un menor deterioro físico.

Intervención terapéutica y género

¿Es diferente el tratamiento que debe recibir una mujer con problemas de adicción? ¿Es distinta la forma en que el terapeuta debe conceptualizar el problema de su paciente cuando atiende a una mujer adicta que si atendiera a un hombre adicto?

Cuando un profesional tiene enfrente a una mujer adicta sabe que ésta, además de la adicción, suele padecer un problema añadido tanto o más grave que puede ser incluso la causa que originó el trastorno adictivo, como en el caso de una mujer alcohólica que sufre de soledad o padece conflictos matrimoniales y se evade bebiendo, o la de aquella otra que consume psicofármacos para combatir su angustia o el malestar permanente que experimenta.

Del análisis de memorias y estudios de investigación efectuado a este propósito hemos concluido que merece la pena desarrollar un programa específico femenino para abordar más eficazmente los problemas que presenta la mujer adicta, teniendo en cuenta los siguientes rasgos diferenciadores de personalidad:

Minusvaloración de sus capacidades, por lo que es importante trabajar la autoestima desde el principio del tratamiento.

Estilo de relacionarse menos "grupal", más 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.

Menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de iniciativa a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones las mujeres viven sintiéndose inferiores. Esta situación las lleva a estar bajo la "tute la" o cuidado de otros, no importa la edad que tengan, y a pensar que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

La bidependencia como fenómeno típico de la mujer toxicómana aparece en más del 70% de casos.

¿Por qué un tratamiento específico?

El índice de mujeres que solicita tratamiento es inferior al de hombres en tanto que el fracaso terapéutico es superior en la mujer (este porcentaje se invierte en el programa específico, ver datos de seguimiento comparado Pilar Blanco 1990-2003)

Cuando la mujer presenta secuelas o antecedentes de malos tratos, o la tríada depresión, sentimiento de soledad e ínfima autoestima la presencia de varones dificultaría el abordaje (en el caso de los malos tratos muchas pacientes ingresan con androfobia).

Si una mujer (o un hombre) tienen antecedentes de codependencia o bidependencia existen más posibilidades de repetir dicho comportamiento en centros mixtos (por la demostrada tendencia a la reiteración de estas pacientes).

La mujer necesita sentirse cómoda y relajada en el tratamiento. En un centro "sólo mujeres" se puede expresar con mayor desinhibición y espontaneidad, pudiéndose acceder a planos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representa el grupo mixto.

Por fin, en centros mixtos se producen bastantes altas o fracasos terapéuticos por la formación de parejas no autorizadas. El problema es que ambos desvían la atención desde su recuperación hacia la relación, lo que suele conducir al abandono y - por lo común - ulterior recaída.

Indicaciones de un programa específico

Alrededor de un 20% de mujeres son subsidiarias de un programa específico. El resto de mujeres evolucionan con igual eficacia en tratamientos mixtos. Las indicaciones principales para un tratamiento específico serían:

Antecedentes de maltrato, androfobia o misandria reactiva (mujeres sojuzgadas o extorsionada, con una figura opresora masculina), abusos sexuales, violación.

Antecedentes de fracasos reiterados en centros mixtos: tendencia a relaciones de pareja que propician expulsión, etc. Alcohólicas de tipo gamma

(alcoholismos solitarios y autodestructivos).

Mujeres en las cuales la tríada depresión, soledad y baja autoestima resulta patente.

Presencia concomitante de dependencia relacional severa (bidependencia o dependencia emocional).

En general, mujeres cuyo perfil responde al de persona con dificultad para expresar emociones íntimas especialmente ante personas del otro sexo, o a quienes la simple presencia de hombres les hace comportarse antinaturalmente.

En conclusión, en las adicciones femeninas se presenta como prioritario el abordaje de lo psicoafectivo y de lo relacional (bidependencia) mediante una mayor comprensión (que no ha de significar permisividad) que detenga la dinámica de sojuzgamiento a que se acostumbra a la mujer. Así pues, exige un estilo terapéutico diferente que dé cabida a actividades específicas enfocadas a la reestructuración afectiva, a la expresión adecuada de emociones y propicie la adquisición de una autonomía personal.

La integración social de las adictas

Las mujeres adictas encuentran mayores dificultades en este terreno que los hombres debido a los siguientes motivos:

Está "peor visto" la adicción en la mujer que en el hombre, existiendo una mayor tolerancia hacia el varón mientras que las mujeres son objeto de una marginación social más intensa.

Generalmente se trata de mujeres con una menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de independencia. Dependencia emocional como factor de recaída.

Por lo general, la mujer dispone de una menor formación cultural y no tiene profesión definida, circunstancias que motivan un mayor porcentaje de paro o de tener únicamente acceso trabajos de escasa remuneración.

Un número importante de mujeres adictas tienen descendencia y ello dificulta su incorporación al mundo laboral al tener que compaginar el trabajo con el cuidado de los hijos.

Sexo del terapeuta: ¿hombre o mujer?

Muchos son los avatares que acompañan a una relación como la que establecen una adicta y un terapeuta en el marco de un proceso de recuperación. Tanto es así que podríamos considerarla en muchos sentidos una auténtica "relación de pareja pero sin sexo", ya que en lo restante va a incorporar

prácticamente todos los elementos de una relación de esta índole: conocimiento, fascinación y desengaño mutuos, conflictos tanto de componente real como transferencial, lucha por el control del otro, objetivos compartidos o no, etc.

Como comentábamos anteriormente, muchas de las mujeres presentan una dependencia relacional, por lo que uno de los mayores riesgos que asumen los terapeutas que trabajan con mujeres adictas deriva del inadecuado manejo de la distancia emocional y de las posiciones dicotómicas durante la interacción terapéutica. Así, por efecto de sus trastornos y en muchos casos también por el trato recibido de personas cercanas (sobre todo mujeres alcohólicas), resultan frecuentes en estos sujetos los conflictos con figuras masculinas y las reacciones de rebeldía y/o de sumisión por su parte ante las mismas. El terapeuta puede verse arrastrado sin desearlo a interacciones que van desde las luchas más manifiestas de poder hasta situaciones de sobreprotección donde el terapeuta asume voluntaria o involuntariamente responsabilidades que se corresponden con la esencia misma de los conflictos ambivalentes de la paciente adicta. A fin de evitar las consecuencias indeseables de estas circunstancias el terapeuta debe ser consciente de todo esto, siendo fundamental que éste evalúe su trabajo de forma permanente.

Concluiré este apartado afirmando pues que el sexo del terapeuta no influye a la hora de abordar un problema de adicción en la mujer, siempre y cuando éste sepa manejar adecuadamente la distancia emocional así como la posible relación transferencial y contratransferencial que pudiese surgir en el curso de la relación terapéutica.

Referencias

- Anderson, D.J. (1981). *Perspectives on treatment*. Hazelden Foundation: USA.
- Bergeret, J.(1982). *Toxicomanie et personnalité*, Paris: PUF.
- Bissel, L. y Royce, J. (1987). *Ethics for addiction professionals*. Hazelden Foundation: USA.
- Bishop, A. (1994). La mujer y la adicción al alcohol, *Addictus*, 1, 23-26.
- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25, 1085-1140.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*. Milan: Cortina Editore.
- Deutch, H. (1925). The psychology of women in relation to the function of reproduction. *International Journal of Psycho-Analysis*, 6, p. 405.
- Diez, M., Caballero, L. y Muñoz, P.E. (1998). Estudio descriptivo de los Drogodependientes que iniciaron tratamiento en los Centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86 en Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dweck, C. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 441 - 452.

- Ey Hary.(1978). *Traité de Psychiatrie*. Masson. Paris.
- Gomberg, E. S. y Lisansky, J.M. (1984). *Antecedents of alcohol problems in women*. New York: The Guilford Press,
- Harb, J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer*. Madrid: Morata.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744
- Kort, E. (1998). Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. *Revista de Trabajo Social*, 22:52-57.
- Lips, H. (1989). *Gender - role socialization: Lessons infeministy*. Moratin Wiew C.A. Mayfield.
- Llopis, J.J. (1997). Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia. *Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, 363-398.
- Mayor, L., Cano, L. y López, R. (1999). De la exclusión a la complementariedad: una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias. *Informació Psicològica* (70): 22-26.
- Merino Fernández, R.; Claro Gómez, J. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. *Anales de Psiquiatría* 6: 35-45.
- Moore, H. (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Powel, D.J. (1993). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling*. Lexington Books: New York.
- Sirvent, C. (1998). *Cuerpo e Identidad Femenina*. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém, Portugal.
- Sherry, O. y Rhead, W. (1981). Introduction: accounting for sexual meanings". *Sexual Meanings*. Cambridge University Press.
- Stocco, P. (1998). Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. *Adicciones*, Vol. 10, 2.
- Swan, N. (1998). Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women. En *NIDA Notes*, 13, 2.

Recibido: 19/10/2004

Aceptado: 7/05/2005

*ABUSO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA
DOMÉSTICA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO*

Gemma Altell Albajes
Montserrat Plaza Aleu
Fundación Salud y Comunidad, Barcelona

Resumen. Este artículo pretende relacionar abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva psicosocial centrada en el género. Esta perspectiva afecta a todos los ámbitos sociales, convirtiéndose en un eje transversal de muchas otras problemáticas como las drogodependencias. Tienden a atribuirse a los hombres roles más agresivos y violentos que a las mujeres. El género es una construcción social que debería desaparecer en aquellos contextos donde tenga una función discriminatoria. Las mujeres se siguen incorporando al consumo de drogas de forma masiva existiendo diferencias en actitudes, comportamientos y percepción social del consumo de hombres y mujeres. Suele producirse un sesgo en función del género al abordar el tema del alcoholismo. El alcohol puede actuar como eximente en el hombre o como agravante en la víctima victimizándola doblemente. Por tanto en cualquier intento de intervención con ambas problemáticas concomitantes hay que analizar los juicios previos respecto al género.

Palabras clave: Alcoholismo, mujer, violencia de género, violencia doméstica

Abstract. This article intends to establish a relationship between drug abuse and family violence from a psychosocial viewpoint, focussing on gender. This point of view affects all social areas, becoming a common issue in other social problems such as drug dependence. Men are often attributed more aggressive and violent roles than women. Gender is a social construction that should disappear in contexts in which it has a discrimination function. Women keep on starting using drugs massively. However, there are differences in attitudes, behaviours and social perception about consumption in men and women. The issue of alcoholism is often approached in a biased way, focussing on gender. Alcohol can be seen as an excuse in men or as an aggravating fact in the victim, thus causing a double victimisa-

Correspondencia:

Gemma Altell Albajes
Fundación Salud y Comunidad
c/ Ali Bey, 25 3º 08010 Barcelona
Email: fsyc@fsyc.org

tion. Therefore, in any attempt of intervention with both concomitant problems, previous judgements about gender should be revised.

Keywords: Alcoholism, women, gender violence, domestic violence

Introducción

El abuso de alcohol y la violencia doméstica desde una perspectiva de género es una propuesta que pretende relacionar ambas problemáticas y explicar esta interacción desde un punto de vista psicosocial centrado en el género. Consideramos que la perspectiva de género es necesaria prácticamente en cualquier problemática psicosocial que abordemos; básicamente se trata de tener en cuenta la construcción social que se ha ido elaborando respecto al género, y ver que incidencia tiene en el desarrollo y en las consecuencias de la problemática.

La perspectiva de género afecta a todos los ámbitos sociales, convirtiéndose en un eje transversal de muchas otras problemáticas como las drogodependencias, la sexualidad, las relaciones de poder en las instituciones, la legislación, etc. Como ejemplo de este último aspecto y de su importancia, podemos tomar las palabras de Mariblanca Staff (2000) donde dice que *"nadie pone en duda que el Derecho juega un factor importante para que las mujeres puedan lograr la consolidación y el respeto de sus derechos humanos y constitucionales, porque es un mecanismo mediante el cual se puede involucrar a los hombres y a las mujeres de leyes en la promoción, creación y aplicación de leyes desde la perspectiva de género, es decir, a través de una conciencia no discriminatoria y en la defensa de los derechos humanos de las mujeres, desde la realidad jurídica vigente"*.

La perspectiva de género ha tenido, dentro de la Unión Europea y en el campo del desarrollo social, una evolución positiva pero, a nuestro modo de ver, insuficiente. En los años 50 - 60 la mujer, dentro del mundo "desarrollado", era vista como objeto pasivo; en los 70 se pasó al rol productivo y a considerar a las mujeres como pilares del desarrollo económico; finalmente en los 80 se entró en una visión más holística estudiando las relaciones de género, hablando de las mujeres como sujetos de cambio y como agentes activos en el desarrollo.

Durante las dos últimas décadas del siglo XX se han producido cambios sobre todo en los ámbitos de la sexualidad, el derecho (como ya hemos visto antes) y la educación. En contraposición a estos cambios, podemos ver algunas constantes en el comportamiento y las situaciones de hombres y mujeres (sobre todo en el ámbito laboral y de protección social) si bien más encubiertas y, por tanto, más difíciles de identificar.

Es necesario examinar las diferencias de poder entre el hombre y la

mujer, incluyendo -pero no limitándonos sólo a ellas- las diferencias legales, económicas y biológicas. Dichas diferencias penetran en las construcciones sociales del género y de la sexualidad y afectan profundamente las relaciones íntimas entre hombres y mujeres (Brush, 1990; Burt, 1980).

Nuestra propuesta, como ya hemos comentado, se centra en el abuso de alcohol relacionado con la violencia doméstica desde una perspectiva de género; este punto de vista no debe entenderse como excluyente de otras maneras de entender esta problemática, sino como una explicación complementaria. En este capítulo no queremos obviar los elementos biológicos del abuso de alcohol, ni muchos otros, sino que intentaremos centrarnos en cómo la perspectiva de género influye en la percepción social de esta problemática y en sus consecuencias. Desde los modelos biopsicológicos, que tienen en cuenta los determinantes socioculturales y psicológicos, se dice que socioculturalmente la violencia del hombre contra la mujer es vista como una manifestación de la desigualdad de géneros y como un mecanismo para conseguir la subordinación de la mujer. El controvertido papel que el género y las relaciones de género juegan en la violencia masculina contra la mujer fuerzan la conclusión de que dicha violencia tiene profundas raíces en las construcciones socioculturales del género y la heterosexualidad. Para entender la violencia frente a las mujeres, debemos comprender por qué los hombres creen tener el derecho de controlar a las mujeres y por qué sienten que pueden utilizar la intimidación, coerción, amenazas y la fuerza para llevar a cabo dicha actitud (Barbaree i Marshall, 1991; Berkowitz, 1992).

Uno de los principales motivos para centrarnos en esta perspectiva es la falta de interés y de cuestionamiento que ésta ha despertado hasta el momento, implicando, desde nuestro punto de vista, que se olviden muchos factores que están relacionados con la problemática relacional del abuso de alcohol y la violencia doméstica. Creemos que esta perspectiva permite conectar ambas problemáticas y que proporciona explicaciones más globales que llevan a un abordaje multidisciplinar del tema.

Por otro lado, uno de los problemas más habituales con los que nos encontramos al hablar de género es la atribución exclusiva de la palabra género al género femenino. En este capítulo, al hablar de género, estamos teniendo en cuenta tanto a los hombres como a las mujeres pero también es necesario que el lector o lectora tengan en cuenta esta premisa a la hora de interpretar el texto. Evidentemente, según el autor y la perspectiva a la que nos acojamos, la definición de género varía pero la que, a nuestro entender, recoge mejor el punto de vista expuesto anteriormente, es aquella que hace referencia a las características de la mujer o del hombre que son determinadas socialmen-

te, estas características o roles que se les asigna a cada género son un conjunto de reglas y normas, aprendidas, reforzadas y sancionadas dentro de la sociedad, de la cual el hombre y la mujer forman parte.

El presente trabajo, siguiendo todos estos comentarios y puntualizaciones, va a intentar exponer un recorrido por ambas problemáticas (abuso de alcohol y violencia doméstica) buscando su aspecto relacional.

Perspectiva de género desde un enfoque social

Punto de vista histórico: breve evolución del patriarcado

Para empezar a hablar de patriarcado y de su evolución, tomemos como definición la siguiente: el término patriarcado puede definirse brevemente como ese entramado de pactos que pone el control de la sociedad en manos masculinas. De este modo, el poder recae en los hombres, poder que, en nuestras actuales sociedades desarrolladas, pasa por los núcleos relacionados con la política y la economía. Y, con ello, las mujeres quedan excluidas de todo el ámbito de las decisiones que afectan a las sociedades en las que viven. Es evidente que a lo largo de la historia y en las diferentes sociedades se han producido varias definiciones de lo masculino y lo femenino pero, en la mayoría de ellas, tiende a atribuirse a los hombres roles más agresivos y violentos que a las mujeres. Los hombres siempre han ocupado los puestos de control y de poder público (Harris, 1998), dando lugar a dominar, por ejemplo, las formas de comercio.

Es cierto que en muchas ocasiones se ha hablado de matriarcado pero, actualmente, muchos antropólogos dudan de la existencia de este control político de las mujeres dado que, en este momento, sólo un 12,7% de los miembros de los cuerpos legislativos en todo el mundo son mujeres. Esta supuesta inexistencia del matriarcado no significa que en todas partes los hombres tengan más poder que las mujeres puesto que, según dicen los antropólogos, existen muchas sociedades en las que los roles de género no implican la existencia de acusadas desigualdades (Harris, 1998). Esto nos debería hacer reflexionar sobre la importancia del contexto social y cultural en el género y entenderlo como algo no natural ni innato sino construido.

A lo largo de la historia se han ido elaborando estudios sobre la feminidad, sobre la discriminación de la mujer. Dejando un poco más de lado la masculinidad, al hombre se le han atribuido todas las características opuestas a las que se le atribuyen a la mujer. Esto tiene un par de implicaciones importantes: la primera se refiere al hecho de dividir a las personas en dos categorías opuestas; la segunda, pone la mirada en la atribución de los aspectos más negativos a la mujer (por eso se han desarrollado tantos estudios e investiga-

ciones sobre la mujer, todos justificados por su estado más excluido y discriminado) y, como consecuencia de esta dicotomía, los más positivos al hombre.

En un repaso histórico del patriarcado (y siguiendo a Lorente, 1998), cabe decir que en los pueblos pre-romanos (hasta el año 218 a. de C.) la familia debió ser monogámica y patriarcal pero antes había sido matriarcal. Una de las transformaciones fue la introducción de varios dioses en contraposición a una sola diosa; y otra fue la transformación de la diosa misma que consistió en sustituir las cualidades que daban poder a su imagen, por cualidades que la hacían apta para su sumisión. Desde el 218 a. de C. hasta el 476 d. de C. la influencia del imperio romano matiza las características del papel de hombres y mujeres y el papel a desempeñar por cada uno de ellos en la sociedad, así como su consecuente posicionamiento respecto al otro.

En la época de la Edad Media (del 476 al 654) predominan las orientaciones germánicas, existiendo una equiparación jurídica entre hombres y mujeres en la mayoría de los aspectos, aunque siempre existía una posición predominante del hombre, fundamentalmente a la hora de tomar decisiones dentro del ámbito familiar o para disolver el matrimonio, en el que seguía existiendo un sentido de compra de la mujer, especialmente si habían de por medio relaciones extramatrimoniales.

Los siglos siguientes (Edad Moderna, siglos XVI-XVIII) no supusieron una modificación significativa en la situación que ocupaba la mujer, ni por lo tanto en la victimización de ésta por parte del hombre.

A modo de ejemplo, decir que los ingleses del siglo XVI creían que en una violación el embarazo demostraba consentimiento por parte de la mujer; también se razonaba que la concepción sólo podía producirse con el orgasmo, y por lo tanto la mujer embarazada era condenada.

En la Edad Contemporánea (siglo XIX) la mujer era considerada como un ser inferior, lo que ha hecho que en los estudios llevados a cabo se la incluya dentro de la población marginal. La mujer que sufría una agresión tenía que enfrentarse no sólo al delito que había tenido que soportar, sino también a ser considerada como responsable del mismo, por lo tanto pasa de víctima a ser culpable para la sociedad, aún a pesar de la sentencia de culpabilidad sufrida por el autor de la agresión.

El género en la sociedad occidental actual

La masculinidad es una categoría establecida desde hace siglos y que raramente ha sido cuestionada. Con el patriarcado ha sucedido más o menos lo mismo: se ha ido construyendo el concepto a partir de su evolución; el resultado ha sido la adjudicación de más poder y capacidad de control al hom-

bre pero actualmente se produce de una forma más sutil y encubierta. Estos hechos han llevado a configurar el sentido común de la sociedad de tal manera que la forma de pensar siempre ha favorecido a los hombres en detrimento de las mujeres; cuando éstas toman alguna decisión, se suele explicar desde la intuición y nunca desde el pensamiento o el conocimiento más racional.

Actualmente pues, se podría decir que el patriarcado ha dado paso a una nueva masculinidad, la cual parece reivindicar las mismas premisas pero de forma más sutil. *"Lo que el patriarcado trajo como esencia desde su lógica de dominación, la conquista, la lucha, el sometimiento por la fuerza, hoy se ha modernizado o posmodernizado en la masculinidad más light, neoliberal y globalizada que controla, vigila y sanciona lo mismo, pero esta vez desarrollando un discurso más engañoso, retorcido, menos desentrañable, en un aparente diálogo con la sociedad en su conjunto, donde va recuperando, funcionalizando, fraccionando, absorbiendo e invisibilizando a sus oponentes, lo que trae consigo una misoginia más profunda, escondida y devastadora que la del viejo sistema patriarcal"* (Pisano, 2001).

Una de las propuestas de Pisano en *El triunfo de la masculinidad* (2001) se centra en romper esta construcción simbólica de feminidad, lo cual significa fragmentar una visión esencialista del mundo (y sobre todo de las personas): *"esta lectura impuesta de la existencia de dos géneros que dialogan, negocian o generan una estructura social, ha sido parte importante de las estrategias de la masculinidad para mantener la sumisión, la obediencia, la docilidad de las mujeres y su forma de relacionarse entre ellas y con el mundo"*. La idea se centra, básicamente, en no ver siempre a las personas como hombres o como mujeres; es cierto que en determinados contextos, ser hombre o ser mujer es relevante (por ejemplo, pensemos en la seducción dentro de una pareja heterosexual o, también, en el embarazo). Pero en otros casos, ver a nuestro interlocutor como hombre o como mujer, no nos beneficia de ningún modo sino al contrario, hace que despertemos una serie de estereotipos y mitos sobre el género; en muchas ocasiones ver a la otra persona en función de su género hace que algunas discusiones acaben con afirmaciones tan típicas como *"déjalo, da igual, eres un hombre y esto no lo entiendes"* o, por ejemplo, otras como *"estás inundada por tus sentimientos y esto no te deja ver la realidad con toda la claridad necesaria"*. Por lo tanto, podemos decir que el género es una construcción social que, debería desaparecer en aquellos contextos donde tenga una función discriminatoria.

Los movimientos de mujeres han hecho que tomemos conciencia de lo que significa ser hombre y de situarlo en un contexto histórico (tradiciones, circunstancias y voluntades -individuales y sociales-); pero, aunque se haya

producido esta toma de conciencia y en la actualidad hayan cambiado las formas, el fondo sigue siendo parecido. Desde las instituciones se sigue legitimando el poder masculino y esto luego influirá en la forma de tratar el consumo de alcohol y otras drogas y/o la violencia doméstica y de las lecturas posteriores que de ambas situaciones se haga.

La mujer como individuo puede sufrir cualquier tipo de acción, violenta o no, y ser víctima de un delito contra las personas igual que el hombre, pero ella, a diferencia de éste, es susceptible de ser la víctima de otra serie de delitos por su condición de mujer. La sociedad en su conjunto permite que se produzca esa agresión en los tres ámbitos principales en los que se desarrolla la persona: el maltrato en el medio familiar, la violación en el medio social y el acoso sexual en el medio laboral (Lorente, 1998).

En la actualidad, y centrándonos en los campos de intervención social, la perspectiva de género no se contempla suficientemente. Como hemos dicho anteriormente, tener en cuenta la diferencia de género en algunos contextos no tiene sentido (por ejemplo, en el ámbito laboral) pero esto no significa que en otros contextos (como el del consumo de drogas) no sea necesario tener en cuenta la diferencia en el momento de la intervención o del tratamiento ya que muchas de las intervenciones preventivas o tratamientos en el ámbito de las drogodependencias se hacen desde un modelo masculino; de esta forma, se atribuyen a la mujer las mismas necesidades y demandas que tiene el hombre.

Perspectiva de género en los nuevos patrones de consumo entre jóvenes

Tal como se ha apuntado en los apartados anteriores, en la sociedad patriarcal en su conjunto, se ha producido una evolución en el sentido de la equiparación de los géneros (por lo menos de forma aparente). Dentro del ámbito del uso/abuso de drogas también hemos observado ese cambio: las mujeres se han incorporado y se siguen incorporando al consumo de drogas de forma masiva, un ejemplo muy claro de esta situación es el caso del tabaco y del alcohol: *"el consumo diario de tabaco es mayor entre los hombres (37,1%) que entre las mujeres (28,1%). No obstante el porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de hombres en los grupos de edad más jóvenes (15-19 años y 25-29 años)... Un dato asimismo destacado es el importante incremento del consumo (de alcohol) en el grupo de mujeres más jóvenes (15-19 años) que en el indicador "consumo en el último mes" ha pasado de un porcentaje del 37,7% en 1995 al 50,9% en 1999"* (Plan Nacional sobre Drogas, memoria 2000).

Dicho esto conviene reflexionar también sobre aquellos aspectos relacionados con los estereotipos de género que todavía se mantienen en el ámbito de las drogas. Incluso en el ámbito de consumo recreacional de drogas entre los jóvenes seguimos notando estas diferencias entre ambos géneros. Según el último informe del "Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil" del año 2001 (Díaz, 2002) siguen existiendo diferencias entre las actitudes y los comportamientos de hombres y mujeres en relación al ocio nocturno en general y al consumo de drogas en particular. Algunas de las más destacables son las siguientes:

- Prudencia en las mujeres, hacen un uso más restringido y controlado de las sustancias, tienen más precauciones.
- Las mujeres se ocultan más y no exteriorizan tanto el consumo incluso del alcohol; el consumo de cualquier sustancia cuando lo hacen las mujeres genera más alarma que cuando lo hacen los hombres tanto si se trata de alcohol como de otras drogas. Los hombres, cuando ellas continúan en el consumo, suelen mirarlas con cierta ambigüedad, y creen que es un comportamiento poco prudente. Delante de ello, ellas miran de esconder los efectos o disminuir en el consumo.
- Con respecto al alcohol, las mujeres consumen alcohol de menor graduación, menos mezclas, menos cantidades y menor frecuencia.

Las mujeres que consumen drogas ilegales se inician invitadas por los hombres: *"algunas no consumen cocaína o consumen menos sobre todo porque los hombres consideran que ésta es una droga muy fuerte para ellas", "la relación que tienen con el mercado es muy restringida y anecdótica. Algunas no han comprado nunca directamente, otras las que consumen más o tienen algún nivel de implicación en el mercado es por su relación de pareja con hombres que venden drogas"* (Díaz, 2002). Hay profesionales que afirman que algunos problemas de adicciones de las mujeres se deben directamente a la relación de dependencia con la pareja.

Percepción social sobre el abuso de alcohol de los hombres

Las normas respecto a la bebida tienden a mantener las relaciones y expectativas existentes en cuanto al género; a los hombres se les ve como actores principales (sujeto) a los que se anima a manifestar su virilidad respecto a la bebida y a las mujeres se las ve en la periferia (objeto), en lo que se refiere a la bebida y son castigadas más severamente si beben demasiado.

Si un hombre bebe demasiado es visto con una óptica diferente a la de una mujer, ésta se habrá sacrificado a una botella mientras la masculinidad del hombre se puede demostrar con una botella: "los hombres de verdad beben".

Este mensaje podría ser interpretado como el permiso que tienen los hombres para beber más que las mujeres (Ettorre, 1998).

Percepción social sobre el abuso de alcohol de las mujeres

Para las mujeres que abusan de la bebida existe cierto rechazo a nivel social ya que estas mujeres ponen en peligro su feminidad y su papel como mujeres. Dado que todas oyen el mensaje: "las buenas chicas no beben demasiado", las mujeres que lo hacen están diciendo un gran no a la sociedad, haciendo algo inaceptable: perder el control (Ettorre, 1998).

A los ojos de la sociedad una mujer alcohólica ha fracasado como mujer y ha perdido su feminidad. Como consecuencia de estos estigmas aplicados a las mujeres que consumen bebidas alcohólicas, éstas sienten vergüenza y sentido de culpabilidad, por lo tanto, beben en la privacidad de sus casas.

Los hombres tienen la percepción de que si las mujeres consumen es mucho más fácil iniciar o mantener relaciones sexuales con ellas por lo cual reciben más propuestas y se las presiona más (Díaz, 2002).

En línea con el análisis realizado en los párrafos anteriores podríamos decir que la mujer alcohólica sufre de varios estigmas a nivel social que se podrían resumir en los siguientes puntos:

- Igualmente que a los hombres, se les atribuye una condición de deficiencia moral; se les considera irresponsables y malévolos/as.
- La conducta de la mujer alcohólica resulta escandalosa, la misma conducta en los hombres es vista como normal o aceptable. Esto tiene que ver con los estándares morales que se aplican de forma más restrictiva a las mujeres que a los hombres.
- El más grave es el estigma sexual: "el alcohol hace a la mujer promiscua"; este estereotipo lleva a la mujer que consume a ser una víctima sexual en muchas ocasiones.

Por otro lado, nos encontramos con que la mujer presta ayuda a otras personas con problemas de adicción pero cuando ella tiene el problema, se considera la única responsable de su solución. Habitualmente, debido a esta autopercepción negativa, junto con la percepción social vinculada a los estigmas ya citados, las mujeres alcohólicas sienten vergüenza y culpabilidad; por lo tanto, hacen todo lo posible por ocultar su consumo (Ettorre, 1998).

Respuesta desde las instituciones

Desde cualquier institución, ya sea sanitaria, judicial, científica... suele producirse un sesgo en función del género al abordar el tema del alcoholismo. En cuanto al abordaje científico - sanitario observamos que todas las teorías

sobre el alcoholismo parten del hombre alcohólico. Cuando nos referimos a esta problemática pensamos en una enfermedad de hombres; "si las mujeres llegamos a aparecer en el estudio, nuestros problemas con el alcohol, nuestros asuntos y nuestros sentimientos se mezclan junto con los de los hombres. A menudo esto resulta confuso para las mujeres y, como veremos, de escasa ayuda en su proceso de curación" (Ettorre, 1998).

Al ámbito sanitario, por ejemplo, acuden pocas chicas adolescentes, pero las que hacen la demanda son descritas por los profesionales como "fantasiosas e influenciables" (Díaz, 2002). Las mujeres que toman sustancias pueden ser vistas como "casos perdidos" en una sociedad que aboga por un tipo de dependencia para las mujeres, la de subordinación (especialmente al hombre). Irónicamente a las mujeres que toman sustancias como las que abusan del alcohol, la dependencia las hace, la mayoría de las veces, dependientes de un sistema de salud orientado a los hombres.

Así mismo, desde el ámbito jurídico, observamos también como la institución legitima la desresponsabilización del hombre (en el sentido masculino de la palabra) en el acto delictivo cuando éste va relacionado con una problemática de alcoholismo. "La violencia familiar en el ámbito jurídico se ha tratado como una manifestación más de la diferencia por género en las sentencias de los jueces en juzgados o tribunales. En ellos se solicitan eximentes de responsabilidad total o parcial, basadas en la consideración del agresor como un enfermo con anomalías psíquicas, celotipias o síntomas depresivos relacionados en mayor o menor medida, con una intoxicación etílica ocasional, habitual o crónica" (García, 2002).

La tesis de la caballerosidad (Smaus, 1990) mantiene que el hecho de que haya un número menor de mujeres encarceladas no presenta relación con que éstas delincan menos sino que tiene una mayor relación con un presunto trato benévolo por parte de los jueces. En cambio, según apunta Elena Larrauri (1996), "la mujer puede recibir un trato más benévolo cuando el delito o su situación personal responda a las expectativas de comportamiento femenino. Sin embargo, recibirá un trato más severo cuando el delito no sea específicamente femenino o cuando ella no se adecue a la imagen de mujer convencional". Desde este punto de vista, podríamos decir que una mujer alcohólica, aunque haya recibido malos tratos por parte de su cónyuge, puede ser percibida como "menos víctima" por no adecuarse a esa imagen de mujer convencional o socialmente deseable. Es decir, cuando la sintomatología alcohólica está presente en un juicio por malos tratos en la mujer su rol de víctima queda parcialmente cuestionado, en cambio cuando es el hombre el que presenta la enfermedad alcohólica la percepción tiende a ser más benévola para con su delito y su persona.

Violencia doméstica y abuso de alcohol

La importancia de relacionar ambos fenómenos es fácilmente justificable a través de los datos estadísticos que nos hablan de la alta prevalencia de la concomitancia de estas problemáticas: *"en la mayoría de los pacientes alcohólicos existen conductas violentas centradas en el ámbito familiar y que en un 30% de casos éstas llegan a ser extremadamente agresivas. Según el tipo de violencia, un 27% reconocía la existencia de abusos físicos frente a un 90% de agresiones verbales que incluía la violencia psicológica con un porcentaje del 40%"* (García, 2002).

Desde hace aproximadamente tres décadas, varias investigaciones han puesto de manifiesto que el abuso de alcohol y la violencia doméstica se dan frecuentemente en las mismas familias, representando el alcohol un factor de riesgo para la presencia de violencia familiar, especialmente del hombre contra la mujer y de los padres hacia los/las hijos/as (Asociación Médica Americana, 1992; Brookoff et al, 1997; Gelles, 1972; Roy, 1977; Hindman; 1979; Irons et al., 1997; Randall, 1991;). En este sentido, las drogas más implicadas en hechos violentos serían los estimulantes, por el incremento de la paranoia, y el alcohol, pues disminuye el control de impulsos, además de poder aumentar también el paranoidismo en caso de consumo crónico.

Dos son los modelos que han explicado hasta ahora la relación existente entre violencia doméstica y abuso de alcohol (Altell et al, 2002):

Modelo de desinhibición

Este modelo se centra en el efecto farmacológico directo del alcohol sobre la conducta del individuo. Subraya que el alcohol reduce el autocontrol, que normalmente inhibe a una persona de actuar violentamente, distorsionando la capacidad de análisis.

Este modelo es válido, pero no como explicación unicausal, pues se muestra insuficiente a la hora de explicar la relación entre abuso de alcohol y violencia en toda su complejidad.

En concreto, el modelo de la desinhibición no ha sido capaz de explicar dos cuestiones:

1. el abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia
2. la prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto cultural.

Modelo de factores de contexto

Este modelo postula que es necesario atender a los factores de contexto para explicar la relación entre el abuso del alcohol y la violencia. Cuando

se valora la influencia del alcohol en los malos tratos se debe considerar, entre otros factores, la aceptación normativa de la violencia, la desigualdad económica, la tradición cultural que tolera la violencia contra las mujeres y las características de los agresores, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres.

La diferencia principal entre estas dos teorías es el papel que se le atribuye al alcohol como causa o desencadenante de la violencia. Sin embargo, ninguno de los modelos, por sí mismo, ha sido capaz de explicar la relación entre alcohol y violencia. Cada uno de ellos desvela un aspecto de esta relación, por lo que no deben ser considerados como excluyentes, sino como complementarios.

Además de las consideraciones ya formuladas sobre las limitaciones de ambos modelos cabe destacar que ninguno de ellos explica porque, mayoritariamente, el alcohol puede generar y genera comportamientos agresivos en el género masculino y, en mucha menor medida en el género femenino.

El modelo de factores de contexto pone el énfasis en la histórica tolerancia social de la violencia hacia la mujer y, por consiguiente, las creencias del hombre respecto de la mujer. El modelo de desinhibición se centra en explicar el efecto desinhibitorio de la agresividad que genera el alcohol en el organismo y que, supuestamente, se refiere al organismo masculino puesto que no explica las diferencias entre los porcentajes de violencia producida por el género masculino y femenino. En ambos casos la referencia al género femenino se aborda desde una posición pasiva, como agente receptor de la violencia nunca como sujeto activo.

En la publicación "Abuso de alcohol y violencia doméstica: Interacción, problemas y sugerencias para la intervención" (Altell et al, 2002), hemos intentado resumir un nuevo modelo de interacción (modelo integrado) que tiene en cuenta un gran número de variables: los elementos que generan agresividad en personas "normales"; los estados y procesos psicopatológicos productores por sí mismos de agresividad, una representación del sistema de inhibición y control de la agresividad, una representación del papel del alcohol agravando trastornos previos, disminuyendo el autocontrol sobre la agresividad e incluso induciendo trastornos mentales específicos que asimismo generan agresividad; finalmente, aparece la violencia, como resultado del fallo en el sistema de autocontrol, y los mecanismos de retroalimentación que contribuyen a su mantenimiento.

Si bien a partir de este nuevo modelo podemos conformarnos una idea más completa de lo que sería la relación entre ambas problemáticas seguimos dejando de contemplar o de explicar esta relación desde el punto de vista del

género femenino. Quedan, pues, preguntas pendientes como:

-¿Por qué la agresividad generada por el alcohol afecta mayoritariamente al organismo masculino?

- Históricamente ha existido una gran tolerancia social respecto a la violencia hacia las mujeres. ¿Pero las mujeres qué reacción han tenido o han aprendido a tener ante esta violencia hacia ellas?

-Trastornos mentales como la celotipia alcohólica afectan mayoritariamente a los hombres y pueden generar violencia. ¿Por qué no se dan en el mismo porcentaje en las mujeres bebedoras?

Ante todas estas cuestiones debemos tomar en cuenta el factor género (ya ilustrado en puntos anteriores) como central a la hora de explicar la relación de la violencia doméstica con el alcohol.

Victimización frente desresponsabilización.

Una vez hecho un breve recorrido por la perspectiva de género y por como ésta proporciona explicaciones más plurales para abordar la interacción entre abuso de alcohol y violencia doméstica, creemos necesario remarcar las diferentes consecuencias según el género.

Anteriormente ya hemos hablado sobre como en un juicio, el alcohol puede actuar como eximente en el caso del hombre o como agravante en el caso de la mujer. A partir de aquí, podemos hablar de diferentes niveles de victimización de la mujer dentro de una situación de violencia doméstica:

1. La primera situación que la situaría como víctima sería el maltrato en sí mismo; es decir, el acto agresivo (ya sea psicológico, físico, sexual...) por parte del hombre y que sitúa a la mujer en el papel de víctima.
2. El segundo momento en el que se victimiza a la mujer es cuando se utilizan estereotipos sociales como: "si sigue con su compañero será que es masoquista y le gusta que le peguen" o bien situaciones en las que se justifica la agresión, la mayoría de ellas vienen apoyados por las relaciones desiguales de poder fruto del patriarcado que ya hemos ido comentando a lo largo del capítulo del tipo "las mujeres son unas histéricas y hay que meterlas en vereda de vez en cuando".

Si además la mujer es alcohólica, otra victimización se une a las dos anteriores, la autopercepción de trasgresión social que tiene esta mujer por varias razones: estar realizando un comportamiento atribuido al hombre; a esto se le puede añadir la responsabilidad que se le adjudica a la mujer por dejar de ejercer los diferentes roles de cuidadora tradicionalmente atribuidos a ella (por ejemplo, en muchos casos se la acusa de negligencia con los hijos). Al faltar a estas funciones, es socialmente más justificable que sea agredida ya que des-

cuida uno de los papeles fundamentales atribuidos a la mujer en nuestra sociedad; con lo cual, la victimización es aún mayor. Existen también otros estándares sociales que la mujer transgrede por el hecho de ser abusadora del alcohol, incluso dependiente: "Más frecuentemente que a los hombres, a las mujeres que sufren de alcoholismo o drogadicción se les estigmatiza, margina y abandona, sin que tengan posibilidades de recibir ayuda. Este fenómeno se asocia con el estereotipo de la mujer "perdida", a quien se les considera sexualmente "disponible" y "promiscua". La estigmatización de las mujeres que sufren adicciones fomenta que éstas sufran un riesgo mayor de ser objeto de violencia y ataques sexuales. La posibilidad de victimización incluso afecta a aquellas mujeres que consumen alcohol, tabaco o drogas de manera ocasional o recreacional. Los ataques estarían "justificados" socialmente, ya que en nuestras culturas un violador que ataca a una mujer que consume alcohol o drogas se le considera menos responsable que a la víctima, a quien generalmente, se le responsabiliza por el ataque" (Hernández, 2001).

En el hombre, en cambio, el proceso es inverso; en la agresión, el alcohol juega un papel de desresponsabilización proporcionándole el rol de persona enferma y en ningún caso se le cuestiona el descuido a la familia; por ejemplo, raramente hablamos del hombre negligente con los hijos puesto que, mayoritariamente, no se le atribuyen responsabilidades directas sobre el cuidado de los mismos.

Todas estas apreciaciones se pueden relacionar con la percepción social comentada anteriormente, y con las diferentes concepciones que tenemos del hombre y de la mujer. Un ejemplo sería el caso de violación sexual: si la víctima se encuentra bajo la influencia del alcohol, la sociedad la señala culpable diciendo cosas como "ella lo provocaría", "es culpa suya, sino hubiera ido borracha no le habría pasad nada" ...; pero en el caso opuesto, si el perpetrador estaba bajo la influencia del alcohol en el momento de realizar su crimen, la sociedad tiende a minimizar su responsabilidad con argumentos como "no sabía lo que hacía", "no era él sino el alcohol"...

El hecho que exista esta percepción social hace que las mujeres, en mayor proporción que los hombres, corran más riesgos de sufrir crímenes violentos, y no solamente por extraños, sino también por los esposos. A partir de aquí se puede decir que la mujer alcohólica, comparada con otro tipo de mujer más aceptada socialmente, sufre más situaciones de violencia (física, psicológica, sexual...) pero también que la ayuda que se le proporciona siempre tiene un velo culpabilizador basado en su alcoholismo.

Conclusiones

A lo largo de todo el artículo se apuntan algunas ideas clave a tener en cuenta al abordar el abuso de alcohol y otras drogas y la violencia doméstica desde una perspectiva de género. Este artículo pretende abrir nuevos interrogantes antes que responderlos así pues a continuación apuntamos algunas de las líneas de investigación que se podrían seguir en posteriores investigaciones o análisis.

En primer lugar debemos tener en cuenta que, aunque se han producido grandes avances en diversos terrenos sociales en relación a la "equidad" entre los géneros estas diferencias siguen aun muy presentes y, tal vez por mostrarse de un modo más sutil y encubierto son más difíciles de detectar; debemos, por tanto, estar más atentos. En lo que se refiere al campo de las drogodependencias sigue habiendo estas diferencias en la percepción social del problema y, por ende, en el abordaje terapéutico y preventivo.

Si al punto anterior le unimos una problemática de violencia de pareja concomitante a ese abuso de alcohol u otras drogas por parte de uno o ambos miembros de la pareja el análisis a realizar previo a cualquier intervención debe tener en cuenta toda la serie de juicios previos que tenemos tanto los profesionales como la población en general y también, aquellas diferencias reales que existen en cuanto a los consumos de drogas de hombres y mujeres (muchas de ellas inducidas por las propias percepciones sociales).

Una de las claves en la diferente percepción social del consumo de hombres y mujeres lleva a la exculpación moral del hombre alcohólico/agresor y a la culpabilización (o si no al menos a relativizar la victimización) de la mujer alcohólica/víctima. En el fondo, sea quien sea el que bebe (el hombre o la mujer), el alcohol siempre justifica al hombre agresor: si es el hombre agresor el alcohólico se dice "no sabe lo que se hace" pero si es la mujer víctima la que bebe, se dice "no me extraña que le pegue".

Los abordajes biologicistas que explican la relación entre el abuso de alcohol y la violencia doméstica -especialmente cuando hablamos de trastornos mentales inducidos por el abuso de alcohol- si bien son necesarios y explican una parte de esta intersección no son suficientes para explicar porque los mecanismos que generan agresividad en el hombre no lo generan en la misma medida en la mujer. Es cierto que siempre se hace referencia a los factores culturales pero pocas veces se interviene realmente sobre ellos o se "leen" las situaciones desde ese punto de vista.

Del mismo modo que el tipo de delirios que presenta un esquizofrénico del año 2002 no es el mismo que el que podía presentar un esquizofrénico de principios del siglo veinte, un paranoico celotípico también está influido por su macro y exosistema (a parte de por los cambios sociales) en el momen-

to de canalizar su celotipia; es aquí donde los aprendizajes previos juegan un papel central y muy diferente entre hombres y mujeres.

Respecto a la violencia de las mujeres hacia los hombres la proporción de casos dista mucho de ser comparable pero debemos tener en cuenta que cuando un hombre denuncia ser víctima de agresiones por parte de su mujer, la reacción social, habitualmente, es de burla y de incredulidad. Esto no hace sino reforzar la idea de que la mujer es la única susceptible de ser víctima de violencia y mantiene el estereotipo de pasividad y inferioridad respecto al género femenino.

En lo que se refiere a la discusión sobre tratamiento específicos por géneros o no en drogodependencias el discurso contemporáneo de la igualdad entre géneros defiende la no especificidad de los tratamientos sin embargo se deja de lado la paradoja que ello conlleva: en el momento de abordar el tratamiento a cada paciente se le marcan objetivos o cuestiones diferentes en función del género por ejemplo en relación al cuidado de los hijos; ¿no es por tanto más explícito tener en cuenta estas diferencias desde la institución?

Continuando con las instituciones si éstas -tanto médicas, científicas o judiciales- no tiene en cuenta sus creencias previas cuando establecen procesos, diagnósticos o fallos judiciales sino que se dejan llevar por la percepción social con la aparente "objetividad" que ésta conlleva ello legitimará, a su vez, la percepción social dominante a través de sus prácticas. Por ejemplo si el marido de una mujer alcohólica sale absuelto en un juicio por malos tratos (aún habiendo pruebas parecidas a las que puede haber en un caso donde la mujer no es alcohólica) ello legitima la creencia social de que este hombre es menos culpable.

Debemos pues apelar a la responsabilidad de todos los profesionales que intervenimos en estos campos para intentar reflexionar en todas estas cuestiones en nuestras prácticas diarias.

Referencias

- Altell, G. Ferrer, X. y Nogués, V. (2002). *Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.
- American Medical Association (1992). Diagnostic and treatment Guidelines on domestic violence. *Archives of Family Medicine*, 1, 39-47.
- Barbaree, H. E. y Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Beck, U. y Beck, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.
- Berkowitz, A. (1992). *Collage men as perpetrators of acquaintance rape and sexual assault: A review of recent research*. Journal of the American College Health Association.

- Brookoff, D., O'Brien, K., Cook, C. S., Thompson, T. y Williams, C. (1997). Characteristic of participants in domestic violence: Assessment at the scene of domestic assault. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1369-73.
- Brush, L. (1990). Violent acts and injurious outcomes in married couples: Methodological issues in the national survey of families and households. *Gender and Society*.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Díaz, A., Pallarés, J. y Barruti, M. (2002). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil*. Barcelona: Institut Genus.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?* Madrid: Ediciones Narcea.
- García Mas, M. P. (2002). Patología familiar y violencia doméstica. Madrid: Revista anual *Sodri-drogalcohol*.
- Gelles, R. (1972). *The violent home: A study of aggression between husbands and wives*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Harris, M. (1998). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hernández, C. (2001). *Mujeres y adicciones*. Lunes en la ciencia, septiembre, 2001.
- Hindman, M. H. (1979). Family violence: An overview. *Alcohol Health and Research World*, 4 (1) 2-11.
- Irons, R. y Schneider, J. (1997). When is domestic violence a hidden face of addiction? *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (4), 337-344.
- Larrauri, E. (1996). La mujer ante el derecho penal. *Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica*, 8, 11.
- Lorente, M. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso. Entre la realidad social y el mito cultural*. Granada: Editorial Comares.
- Pisano, M. (2001). *El triunfo de la masculinidad*. Santiago de Chile: Surada Ediciones.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). Memoria anual. Madrid: Ministerio de Interior.
- Randall, T. (1991). Letter to the Editor. *Journal of the American Medical Association*, 265, 460-61.
- Roy, M. A. (1977). Research project probing a cross - section of battered women: A current survey of 150 cases. En M. Roy (ed.), *Battered women: A psychological study of domestic violence* (pp. 225-244). New York; van Nostrand Reinhold.
- Smauss, G. (1990). Das Strafrecht und die Frauenkriminalität, *Kriminologisches Journal*, 4/90.
- Staff, M. (2000). La perspectiva de género desde el derecho. Legal-Info Panamá 2000.

Recibido: 12/04/2004

Aceptado: 22/11/2005

*RETOS Y PERSPECTIVAS SOBRE LAS
DROGODEPENDENCIAS Y GÉNERO*

Juan del Pozo Iribarria
Consejería de Salud y
Servicios Sociales de La Rioja

Resumen. El objetivo del artículo es revisar las grandes áreas de trabajo en drogodependencias atendiendo a la perspectiva de género y se analizan los recientes aportes de la literatura científica. Partiendo de algunos datos epidemiológicos diferenciales, el autor aborda en un primer capítulo la etiología del problema. Los siguientes apartados ofrecen una visión crítica de la prevención, el tratamiento y la investigación del problema del abuso de drogas entre el colectivo femenino.

Palabras clave: Adicción, drogas, diferencias de género.

Abstract. This paper's goal is to review the main working areas in the field of drug-abuse from a gender perspective and analyse the recent contributions of the scientific literature. Taking into account some differential epidemic data, the author approaches in a first chapter the etiology of the problem. The following sections offer a critical vision of the prevention, the treatment and the research of the problem of the drug-abuse within the feminine community.

Keywords: Addiction, drug, gender differences.

Correspondencia:

Juan del Pozo Iribarria
Plan Riojano de Drogodependencias. Consejería de Salud.
C/ Vara de Rey, 42 - 3ª Planta
Logroño - La Rioja
E-Mail: juan.delpozo@larioja.org

Introducción

En el Código Hammurabi (2000 a. de C.) se dictaban normas diferentes para el hombre y la mujer en el uso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias. En Roma se consideraba ya el alcohol como sexualmente estimulante en la mujer, en un sentido negativo relacionado con la promiscuidad. Este estigma se ha arrastrado hasta la actualidad, de modo que el rechazo de la propia mujer, de su familia y de la sociedad en general a la mujer alcohólica o drogadicta es muy fuerte.

Por otro lado, existen unos estereotipos sociales como el de la mujer alcohólica como "mujer venida a menos", lo que la convierte en un blanco para el abuso físico y sexual (Blume, 1991).

La adicción continúa siendo considerada un problema de los hombres, y los datos disponibles sobre la mujer se han extrapolado de los de los hombres con ligereza, lo que ha ahondado en el desconocimiento de las diferencias de género y la drogadicción.

El estigma social de la mujer usuaria de drogas es mayor que en los hombres, particularmente por diversas situaciones de índole social, entre ellas la autopercepción de incompatibilidad del uso de drogas y el rol de mujer, en referencia especialmente la maternidad.

La propia imagen de la mujer en relación con uso de drogas, mantiene fuera de su campo este comportamiento. Esta exclusión parece tener una gran relación con la maternidad o la posibilidad de ello. Estamos hablando de mujeres que se han planteado como idea la maternidad. En este caso, la amenaza sobre su capacidad de cumplir su rol de madre correctamente, y el consiguiente peligro real de retirada de los hijos es una carga añadida a su condición de usuarias de drogas. Por ello, la citada carga psicosocial añadida a la adicción presenta dos vertientes: una interna referida a la eficacia en el cumplimiento del conjunto de comportamientos sociales esperables de una madre; y la otra externa referida a las repercusiones de esa incompetencia en el cumplimiento de la función maternal; en especial, la posible retirada del hijo/a.

Estas dos circunstancias tienen un efecto directo sobre una cuestión trascendental como es la demanda de tratamiento, que se ve más difícil por parte de la mujer. La maternidad es, por ello, un impedimento para el tratamiento ya que las tareas de cuidado de los hijos y el temor a parecer "indignas" como madres ante sus hijos y que las separen de ellos, son un obstáculo para recibir una ayuda adecuada.

Por otro lado, la mujer sigue teniendo un acceso más limitado a oportunidades laborales y a la independencia económica que el hombre, lo que incide de modo global en la toma de decisiones sobre el consumo de drogas, su finan-

ciación y las posibilidades de ponerse en tratamiento. De aquí que la drogadicción femenina esté vinculada hasta en un 60 % de los casos a la prostitución como medio de financiación de la toxicomanía. La caída de la mujer drogodependiente hacia la pobreza y la marginalidad es, por tanto, rápida. Esto conlleva de inmediato un incremento de la vulnerabilidad hacia problemas de índole físico (VIH, enfermedades de transmisión sexual e infecciosas) y hacia problemas de índole psicológico o psiquiátrico.

Otro aspecto importante de las diferencias de género es que existen indicios de que la mujer se inicia antes en los consumos que los hombres, inducida por parejas varones de mayor edad. Por ello, se debe de considerar la posibilidad de que la violencia psicológica y física, o aspectos relacionados como la autoestima puedan jugar un papel importante en el inicio de consumos en la mujer.

Todas estas circunstancias nos ubican, a grandes rasgos, cuando queremos hablar de la mujer que abusa de las drogas, en un entorno claramente diferente del hombre y en unos parámetros de comprensión del problema novedosos.

Es la finalidad de esta revisión, presentar un panorama rápido sobre el estado de la investigación en el ámbito de las drogodependencias en relación con el género. No se trata de una presentación con detalle, pero sí una visión global que pueda suscitar interrogantes, abrir perspectivas y nuevos intereses sobre el tema.

Algunos hechos diferenciales sobre el consumo de drogas y género.

Si bien, se incurre frecuentemente en la generalización de datos sobre consumo de drogas del hombre hacia la mujer, en lo referido a datos cuantitativos hay numerosas encuestas que consideran la variable género en sus análisis. En lo referido a los estudios cualitativos, sin embargo, hasta hace una década no se hacía una distinción clara entre el comportamiento y condicionantes del hombre y la mujer ante la utilización de drogas. Una revisión de estudios e informes nos permite señalar algunas diferencias entre hombre y mujer con relación al consumo de drogas, son las siguientes:

- En conjunto hay más hombres toxicómanos que mujeres, salvo en psicofármacos como las benzodiacepinas. (Plan Nacional sobre Drogas 2001).
- La proporción de experimentación, sin embargo, entre los 15 y 16 años es similar entre chicos y chicas con el cannabis. Dicha proporción se separa progresivamente. (Plan Nacional sobre Drogas 2000)
- Existen diferencias de género en la adicción al juego, de modo que la proporción es de una mujer por cada tres hombres. (Becoña, 1993)
- Por otro lado, hay diferencias en la forma de la adicción, de modo que los

hombres tienden a engancharse con juegos que implican estrategia o competición con otros, mientras que la mujer se decanta por juegos solitarios y que no implican relaciones personales.

- Existen diferencias de género en el inicio del consumo de drogas: Una vez que existe una oportunidad de consumo, no existen diferencias entre hombres y mujeres en tomar la droga, sin embargo, si existen diferencias en el número de oportunidades para consumir drogas. Cuestión muy relevante para la prevención del inicio del consumo. (Van Etten, Neumark y Anthony, 2001)

- Con relación al consumo de sustancias: (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, 2000)

Tabaco: Las mujeres fuman en la población general menos que los hombres. Sin embargo, en edades de 14 a 18 años esta diferencia se ha invertido a favor de la mujer. Por ello, las prevalencias generales de consumo tenderán a igualarse en los próximos años.

Alcohol: La prevalencia de bebedoras abusivas en población general es entre cuatro y seis puntos menor que entre los hombres; sin embargo, entre las adolescentes se invierte la relación, pasando a ser las chicas entre 1 punto y 2 más bebedoras abusivas que los chicos. Por ello, se puede hablar también de un fenómeno expansivo en el consumo de alcohol en la mujer.

Otras drogas: El consumo de sustancias más prevalente, además del tabaco y el alcohol, en la mujer son el cannabis, los tranquilizantes y la cocaína. En edad escolar serían importantes también el consumo de éxtasis y otras drogas de síntesis, anfetaminas y los alucinógenos. En las diferencias de género, los hombres consumen más inhalables, cocaína, heroína, alucinógenos y anfetaminas; la mujer consume más tranquilizantes e hipnóticos y otros opiáceos. En el segmento juvenil; las prevalencias de consumo de cannabis y drogas de síntesis estarían muy igualadas.

- Con relación a las edades de inicio. Las sustancias de inicio más precoz en la mujer serían el tabaco, el alcohol y los inhalables.

- Con relación al policonsumo. (Instituto de la Mujer, 2000) Los principales modelos de policonsumo general femenino son, por orden de importancia: el de los psicoestimulantes (alucinógenos, anfetaminas, cocaína y drogas de síntesis); el del tabaco-alcohol-cannabis; el de los narcóticos (heroína y otros opiáceos); el de los psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos); y el de los inhalables.

En el colectivo escolar serían: El de los psicoestimulantes (anfetaminas, drogas de síntesis, cocaína, alucinógenos y algo de cannabis); el del tabaco-alcohol-cannabis; el de la heroína y los inhalables; y el de los psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos)

- Motivaciones y condicionantes para el consumo de drogas (Instituto de la Mujer, 2000): Centrándonos en las diferencias de género, los rasgos específicos de la mujer respecto al hombre que de un modo u otro condicionan su utilización de sustancias serían: el rol subordinado que aún sigue manteniendo en la familia y la hipertrofia del rol de ama de casa que se agrava con el cumplimiento de dicho rol y el trabajo fuera de casa, cuando esto ocurre; todo ello, propicia consumos de alcohol y psicofármacos en muchos casos.

Otra situación que condiciona los consumos en la mujer, pero desde una perspectiva social opuesta es la que ocurre con la mujer emancipada, que con el fin de mantener una hipercompetitividad laboral cercana a modelos masculinos, incrementa el consumo de sustancias psicoactivas.

El resto de motivos que pueden actuar como inductores para el consumo son comunes a los de los hombres: la curiosidad y deseo de experimentar, la identificación grupal; la presencia social de las drogas legales y la publicidad; la oferta de drogas ilegales; su utilización como evasión para problemas; entre otros.

Retos y perspectivas en el conocimiento de la drogodependencia y el género

Epidemiología del abuso de drogas y género.

La epidemiología sobre el consumo de drogas por diferencias de sexo indica que son bien conocidos los consumos según sexo, edad y otras variables sociodemográficas. Sin embargo, no son bien conocidas las similitudes y diferencias entre hombre y mujer en cuanto a sus formas de consumo de drogas y su relación con determinados factores biológicos, sociales y psicológicos.

Del mismo modo existe otro aspecto que parece tener una relevancia cada vez mayor como es la comorbilidad con relación al consumo de drogas. No conocemos en profundidad cuáles son los trastornos psiquiátricos que pueden acompañar a las mujeres que abusan de las drogas. Son necesarios estudios en esta línea sobre diferentes edades y drogas específicas.

Los diagnósticos de conducta antisocial, depresión y ansiedad acompañan con frecuencia la demanda de tratamiento, pero la mujer es posible que tenga un comportamiento diferente en este factor de comorbilidad.

Hay que indicar cómo están tomando importancia aspectos culturales y sociales que merecen estudios epidemiológicos tales como el abuso de drogas en prostitutas, lesbianas y colectivos de inmigrantes. Estudios sobre el consumo de drogas y factores de riesgo en relación con la infección del VIH/SIDA, tasas de infección por VIH en mujeres usuarias de drogas por vía inyectada y

entre mujeres heterosexuales, son necesarios para poder confeccionar programas preventivos más eficaces.

Etiología del abuso de drogas y género.

Perspectiva evolutiva-interaccional.

Aunque son conocidas determinadas condiciones sociales, familiares, médicas y biológicas que conducen a una mayor probabilidad del abuso de drogas (Becoña, 1999), aún persiste gran desconocimiento a cerca de las diferencias de género precursoras del abuso de drogas durante la infancia y adolescencia, aspectos relacionados con la personalidad y la progresión desde el uso abusivo y dependencia de las drogas.

El conocimiento de estos factores sería de capital importancia en el diseño de programas preventivos diferenciados según el sexo.

Asimismo, existe un conocimiento relativo de factores de protección y de resistencia que conducen a reforzar la predisposición al abuso de drogas que diferencien entre la mujer y el hombre.

El conocimiento de la etiología del abuso de drogas tendrá que apoyarse en el futuro en una perspectiva evolutiva y apoyado en modelos interactivos que relacionen factores de la infancia y juventud, factores familiares, culturales y sociales. De este modo podremos entender mejor cuales son los caminos que conducen al abuso de drogas en hombres y mujeres.

Perspectiva familiar y de la transmisión intergeneracional.

La etiología sobre el abuso de drogas deberá estudiar el impacto diferente en hombres y mujeres de la dinámica familiar. La familia y su efecto en el hombre y la mujer deben ser una pieza clave para entender las causas que conducen al abuso de drogas.

Es muy prometedora la temática relacionada con el papel del abuso de drogas paterno o materno, en el futuro abuso de drogas en los hijos o hijas: la transmisión intergeneracional de la conducta de fumar de la mujer durante su embarazo, parece tener algún efecto sobre la regulación del sistema dopaminérgico y el abuso de drogas. El tema, en general, de la dependencia femenina a la nicotina es especialmente importante para estudiarse desde la perspectiva intergeneracional.

Perspectiva sobre la victimización y la violencia.

Otro factor importante que se debe profundizar desde la perspectiva del género y la etiología, es el de los condicionantes socioculturales que sostienen los círculos de violencia familiar y abuso de drogas.

Existen diferencias individuales y sociales y culturales muy amplias que debemos conocer para desarrollar estrategias de intervención. En este mismo campo hay que señalar la importancia del consumo de alcohol y otras drogas y la violencia familiar desde una perspectiva intergeneracional. Los procesos de victimización y el abuso de drogas o el inicio del consumo, son aspectos concretos que pueden ser de gran interés para la prevención.

Responder con preguntas como; ¿La victimización hace a la mujer más vulnerable al alcohol u otras drogas? ¿El maltratador es también más vulnerable al alcohol u otras drogas? ¿La violencia de pareja y el abuso de drogas tienen alguna relación?; son cuestiones de gran interés.

Perspectiva de los factores de riesgo de protección.

En el ámbito de los estudios de los factores de riesgo y de protección hay cuestiones que pueden tener gran relevancia para el abuso de drogas; entre ellas podemos señalar: las características de las y los adolescentes víctimas de cualquier tipo de agresión o abuso; Las diferencias entre los hijos de padres abusadores de alcohol y otras drogas (factores genéticos, ambientales, factores del embarazo, etc.); factores sociales, psicológicos y genéticos que predisponen al hombre a un mayor consumo de drogas que a las mujeres; el conocimiento de las características peculiares que actúan para que una mujer y un hombre estén más protegidos en condiciones adversas tales como convivir con padres abusadores de drogas. Es conocido como un mayor conocimiento de estos factores de riesgo y protección, especialmente desde una perspectiva evolutiva, serán una herramienta esencial en la prevención de las drogodependencias.

Perspectiva de la comorbilidad.

Otro elemento que está adquiriendo una creciente importancia en cuanto a la etiología de abuso de drogas es la comorbilidad con trastornos mentales.

Aunque es conocida la comorbilidad del abuso de drogas y alteraciones como la depresión o la ansiedad; así como en ciertas psicosis y trastornos de la personalidad antisocial; en lo referido a la mujer, en concreto, el conocimiento es más limitado, en especial en cuanto a la comorbilidad en edades juveniles y/o adolescentes.

Lo mismo se puede decir de otros trastornos que entran en la esfera de lo neurótico y los trastornos de la personalidad. Los estudios longitudinales sobre esta área son escasos como para permitir afirmaciones de mayor peso sobre la relación causal entre neuroticismo o trastornos de la personalidad y

abuso de drogas en particular sobre el papel de la diferencia de sexos en ello.

Hay evidencias que sugieren que los mecanismos de neurotransmisión nerviosa y la neuromodulación en general, operan de diferente modo entre los hombres y las mujeres. Por ello, dado que son sistemas importantes en el abuso de drogas también, es preciso conocer más esas diferencias de género.

Perspectiva sobre el ciclo menstrual.

En otro orden de cuestiones que afectan al abuso de drogas y el género, hay que tener en cuenta el ciclo menstrual. Este hecho puede tener una importancia considerable como modulador del consumo. Ya es conocido cómo el nivel de estrógenos incrementa el interés de ratas hembra en la autoadministración de cocaína; sin embargo, no se conoce si esto es así respecto a la mujer (Lynch, Roth, Mickelberg et al., 2001).

Perspectiva sobre el VIH/SIDA.

En el capítulo del abuso de drogas y la infección por el VIH/SIDA, es necesario conocer más sobre la influencia del abuso de drogas y la vulnerabilidad a la infección por el VIH. En este sentido, se han informado muy altos índices de infección por VIH entre usuarios de "crack" que nunca se han inyectado (Ratner, 1993; Edlin, Irwin y Faruque, 1994). Los factores psicosociales asociados a la pobreza que influyen en el abuso de drogas y en las conductas de riesgo de infección tanto por el consumo como por prácticas sexuales de riesgo, son conocidos de modo genérico pero no respecto a los mecanismos específicos que afectan al citado riesgo de infección. (Strathdee, Galai, Safaiean et al, 2001)

En este orden de cosas, las conductas de búsqueda de ayuda y las conductas de afrontamiento adecuadas son influidas por factores psicosociales que pueden ser diferentes para el hombre y la mujer.

Perspectiva de etnia, cultura o raza.

Por último, las diferencias de género en conjunto con las diferencias de cultura, etnia o raza, son un campo de enormes perspectivas de futuro. (Barrera, Biglan, Ary y Li, 2001)

Las conductas de protección de su salud en general en la mujer de estos subgrupos y de la utilización de drogas en particular son poco conocidos.

Esta carencia ya está empezando a generar dificultades tanto en los programas de tratamiento como en los de tipo preventivo; ya que se aprecian desajustes por falta de idoneidad para los colectivos a los que se dirige.

Por otro lado, cuestiones antes comentadas como el proceso de victimi-

zación en la mujer y el abuso de drogas, pueden ser diferentes en minorías étnicas o religiosas, en cuanto a adopción de comportamientos saludables y de consumo de drogas. En general, es preciso investigar más sobre las diferencias de género en los colectivos señalados, cuya circunstancia como inmigrantes puede, a su vez, añadir elementos diferenciales sobre la vulnerabilidad hacia el abuso de drogas y de problemas de salud en general.

Efectos y consecuencias de las drogas y género

Perspectiva sobre las hormonas reproductivas y el embarazo

Hay cuestiones como las diferencias de género en la actuación de los receptores opioides; el efecto de las medicaciones psicoactivas sobre la mujer embarazada; y cómo las hormonas y el ciclo menstrual puede influir en el efecto de determinadas drogas; son de gran interés para la prevención del abuso de drogas y mejora la información para la mujer.

En particular, es necesario clarificar cuestiones relacionadas con la cocaína y su interacción con las hormonas reproductivas para producir alteraciones menstruales y en la reproducción. También aspectos relacionados con el embarazo y la utilización de cocaína, al ser esta droga restrictiva del flujo sanguíneo e interactuar con algunas medicaciones utilizadas para interrumpir el parto prematuro. El efecto de la cocaína sobre el feto necesita ser mejor conocida. (Mitchell, 1994)

Perspectiva sobre el estrés.

El estudio y comprensión de los mecanismos del estrés es de vital importancia para entender el abuso de drogas. Por ejemplo, la utilización de cocaína y el estrés parecen interactuar para provocar recaídas. Los exadictos a cocaína y heroína parecen ser hiperreactivos al estrés inducido por medicamentos. Este hecho puede ser importante ya que puede inducir más las recaídas en exadictos. Asimismo debemos saber si existen diferencias de género entre abuso de drogas y estrés. (Piazza y Le Moal, 1998)

Es preciso introducir otras variables para conocer su mutua interacción tales como las diferencias de género, niveles de estrés y consumo de diferentes drogas como cocaína, opiáceos, nicotina y alcohol; intentando comparar los comportamientos de dichas variables tanto en animales como en humanos.

Otro aspecto prometedor en este campo es el estudio de variables cognitivas como la expectativa del efecto de la droga consumida y su relación con el estrés percibido, teniendo en cuenta las diferencias de género.

El estrés relacionado con el consumo de alcohol actúa diferente en mujeres que en hombres, cuestión que debe ser trasladada a otras drogas.

Perspectiva sobre el VIH/SIDA.

En esta cuestión debemos referirnos a la importancia de conocer cómo afecta el abuso de drogas en la actividad de las células CD4 y CD8. Información muy importante ya que éstas son la primera línea de defensa del organismo contra muchas enfermedades y contra la progresión del SIDA. (Cadafalch, Domingo y Fuster, 1995)

Prevención del abuso de drogas y género.

En el ámbito de la prevención del abuso de drogas, al igual que se comentó en el apartado de etiología, las diferencias de género que se puedan detectar desde la infancia y adolescencia como precursoras del abuso de drogas son muy importantes para el diseño de programas preventivos.

Son de gran interés el estudio de factores de personalidad y factores de protección que favorecen una baja vulnerabilidad, entre otros, y su relación con la progresión desde el uso de drogas hacia el abuso y la dependencia (Kumpfer, 1994; Armentano, 1998)

Perspectiva de la transferencia de tecnología.

Los profesionales que trabajan en la prevención de las drogodependencias deben trabajar junto a los investigadores, o al menos, deben asegurar que sus prácticas preventivas se apoyan en resultados contrastados de investigación. Es decir, hay que conseguir una transferencia de tecnología sobre prevención, hacia el diseño de programas efectivos, en particular hacia la mujer y sus hijos, en este caso que nos ocupa ahora.

Los programas de prevención y tratamiento de las drogodependencias deben de intervenir en aquellos factores de riesgo para la mujer basados en la investigación, como por ejemplo los abusos en la infancia o aquellas que hayan vivido experiencias traumáticas. (Weiner, Pentz, Turner et al., 2001)

Existen áreas en la prevención que es preciso conocer en mayor profundidad tales como lo referido al ámbito escolar: las causas de la pérdida de interés en lo académico, el abandono escolar de las niñas adolescentes, medidas para mejorar la implicación escolar, entre otras. También lo referente a la mejora de habilidades sociales con sus parejas y amigos, y las relaciones madres-hijos. (Brook, Brook, De La Rosa et al. 2001)

Perspectivas en la reducción del daño y género.

Esta línea de trabajo con la mujer drogodependiente tiene un gran interés, ya que es relativamente poco conocido cómo adaptar a la mujer y sus peculiaridades la estrategia de reducción del daño o diseñar otras nuevas. Por

ejemplo, la mujer drogodependiente necesita una información mucho más específica sobre su salud con relación a la utilización de drogas y alternativas para minimizar los daños. (Newman, Zimmerman, 2000)

Perspectivas sobre la familia y la infancia.

En el ámbito familiar encontramos una cuestión específica importante para la prevención del abuso de drogas, es la intervención en casos de violencia familiar y abuso de alcohol y otras drogas intrafamiliar. En esta área se deben estudiar programas de intervención que comprendan la complejidad de las relaciones familiares y los patrones intergeneracionales de violencia y abuso de alcohol y drogas.

Asimismo, los programas dirigidos a los niños deben iniciarse desde edades muy tempranas, para ello es preciso un mejor conocimiento los factores de crianza, de interacción madres-padres-hijos, factores de comunicación, entre otros que permitan diseñar programas más exitosos.

También existen factores de orden social y cultural que tienden a que la mujer se mantenga en el círculo familiar de la violencia y el abuso de drogas. Es preciso diseñar estrategias y sistemas de apoyo para la mujer que es víctima de la violencia de su pareja o del abuso de drogas.

Perspectiva de la comorbilidad y el género.

Ya se señaló con anterioridad, como la ansiedad y la depresión suelen acompañar el abuso de drogas en la mujer, por esto mismo en la medida en que mejoremos los tratamientos para la mujer, reduciremos seguramente la prevalencia del abuso de drogas. En este campo hay que indicar como existen trastornos muy resistentes al tratamiento en la mujer con síntomas mixtos ansioso-depresivos, que se acompañan frecuentemente de abuso de psicofármacos. Investigar en este tipo de cuestiones es muy importante para mejorar la salud de la mujer. (Kalechstein, Newton, Longshore et al, 2000)

Perspectiva étnica y cultural.

El desconocimiento de cuestiones raciales y étnicas o culturales, a las que se une frecuentemente la inmigración; con relación a la prevención de las drogodependencias, genera un vacío que es preciso llenar con estudios que permitan identificar factores relacionados con las conductas saludables en la mujer. El papel de la familia, las creencias religiosas o tradicionales, el papel de grupo de iguales, entre otros pueden ser estudiados para diseñar programas más eficaces para estos grupos.

Tratamiento de las drogodependencias y género

Aspectos generales.

Al tratar la cuestión de los tratamientos para las drogodependencias desde la perspectiva del género la primera cuestión que debemos plantear es si dichos tratamientos debiesen ser diferentes en función del género, o si estos debiesen incluir técnicas de intervención o sustancias farmacológicas diferentes para la mujer y el hombre.

El punto de partida para responder esta cuestión es que, aunque es un deseo o, incluso, una necesidad que esto sea así, hay muy poca investigación que apoye la utilización de determinadas técnicas de intervención o determinadas sustancias para el tratamiento de la mujer drogodependiente. También se desconoce en gran medida qué tipo de servicios e intervenciones están recibiendo las mujeres actualmente, y cuales son los resultados obtenidos.

En concreto, refiriéndonos a los tratamientos psicosociales y conductuales del abuso de drogas, necesitamos conocer mejor aspectos diferenciales según el género o incluso para casos concretos como mujeres embarazadas, lesbianas o de otras etnias o culturas. Actualmente no podemos afirmar si podemos mejorar los programas de tratamiento para la mujer, mediante modificaciones en ciertas estrategias o habilidades concretas. O si existe algún método psicosocial que sea particularmente eficaz para la mujer en la reducción de su deseo de consumir drogas.

Desde esta perspectiva de mejora del conocimiento de herramientas o métodos de trabajo, hay cuestiones que es preciso considerar en el diseño de tratamientos psicosociales para mujeres como: la autoestima y factores de socialización y del entorno; si queremos ser más eficaces.

Las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, aún siendo de gran ayuda, necesitan ser más investigadas para mejorar métodos que logren el cambio en el abuso de drogas y para asegurar o afianzar esos cambios.

En el apartado de la reducción del daño, se debe profundizar en diseñar diferentes estrategias diseñadas para la mujer de forma diferente de las de los hombres y poner en marcha servicios o modificar los existentes para ayudar mejor a las mujeres en la reducción de daños por el consumo de drogas.

Otras cuestiones de interés con relación al tratamiento de la mujer drogodependiente, son las que tienen que ver con el embarazo. El conocimiento más completo de las pautas de desintoxicación, o cuestiones relativas al feto, es necesario para diseñar mejores programas de intervención. Incluso en el apartado del tratamiento psiquiátrico de la mujer embarazada drogodependiente se debería avanzar más.

Perspectivas sobre la comorbilidad y modalidades de tratamiento y farmacoterapia.

Anteriormente se dijo que era importante una adecuada valoración de las condiciones psiquiátricas y de consumo de drogas en la mujer, para ser más eficaces en el tratamiento. Sin embargo, existe déficit de conocimientos acerca de cuestiones como qué combinación de tratamientos conductuales y farmacoterapéuticos aportan el mejor tratamiento para la ansiedad o la depresión en mujeres con adicción a drogas. Esto conduce a malas prácticas en ocasiones. Asimismo el campo de las conductas antisociales o la psicosis en la mujer drogodependiente necesitan un mejor conocimiento, con relación a los tratamientos. (Petry y Bickel, 2000)

En el apartado de la investigación de tratamientos es necesario conocer más sobre los efectos de los mismos en el ámbito de receptores o del sistema fisiológico que han sido dañados por el abuso de drogas. Hay pocos estudios que traten de las diferencias de sexo en el efecto de las drogas psicoactivas en humanos, y suelen presentar importantes problemas de representatividad de la muestra (suelen ser estudiantes universitarios en muchos casos). Es preciso estudiar muestras de mujeres de interés como embarazadas o cuestiones como la influencia de las hormonas y el ciclo menstrual en el efecto de las drogas en la mujer. (Jones, Silverman, Stitzer y Svikis, 2001)

La investigación preclínica sobre los tratamientos farmacológicos de trastornos psiquiátricos en mujeres drogodependientes es muy escasa. Este tipo de estudios es precursor de los ensayos clínicos sobre eficacia de tratamientos, de aquí su importancia. Un ejemplo de ello, es la diferencia de género en el comportamiento del sistema serotoninérgico ya conocidos y que requieren más investigación.

Perspectivas sobre la victimización y tratamientos no voluntarios y género.

Los tratamientos que involucren a la familia son especialmente importantes cuando existen patrones intergeneracionales de violencia familiar y abuso de alcohol u otras drogas. También son de especial relevancia la intervención sobre factores sociales o culturales que no favorecen que la mujer salga de los círculos de la victimización y el abuso de drogas.

Anteriormente se ha señalado la necesidad de diseñar nuevas estrategias de ayuda a la mujer y sistemas de apoyo a la mujer que es víctima de la violencia de su pareja o del abuso de drogas. (Wenzel, Leake y Gelberg, 2000)

Es necesario diseñar programas que refuercen las habilidades de la mujer

para enfrentarse a esas condiciones adversas.

Aunque existen evidencias de que pueden ser útiles los tratamientos no voluntarios en ciertas circunstancias, no se conoce demasiado sobre cuál sería la idoneidad de circunstancias para ello en general y en el caso de la mujer drogodependiente en particular. Por ejemplo, en el caso de la mujer adicta embarazada. En todo caso, hay que evitar al máximo que se utilicen este tipo de intervenciones si no existen criterios de investigación avalados que aconsejen los mismos.

Las preguntas de la investigación deben dirigirse a responder cuestiones como la repercusión en la salud de la mujer, en el seguimiento terapéutico y la implicación en los tratamientos, entre otras.

Es de una especial importancia que los servicios de tratamiento para la mujer se diseñen para favorecer su implicación en el tratamiento y que provean un trato no discriminatorio para ellas.

Perspectiva sobre grupos étnicos y culturas y otros subgrupos.

En general se necesita conocer con profundidad las diferencias de resultados de tratamiento según el género y las diferencias culturales o étnicas. Lo mismo se podría decir de subgrupos por razón de orientación sexual. Entre las cuestiones de gran interés está conocer los predictores psicosociales del abuso de drogas y las conductas de riesgo de infección por VIH y conductas sexuales de riesgo; referidas a los diferentes grupos étnicos o subgrupos según su orientación sexual. De este modo se podrán diseñar estrategias de intervención más adecuadas.

En general, se debe profundizar en conocer cuáles son los elementos que pueden actuar como refuerzo o incentivo para ponerse en tratamiento y para conseguir un correcto seguimiento, desde dentro de cada particularidad cultural, étnica o de subgrupo social.

Programas y servicios de atención y género

Aspectos generales

La dotación de programas y servicios diversificados de atención para la mujer y su entorno parecen de una urgente necesidad en nuestro entorno.

Sin embargo, podemos decir que el perfil de los mismos y sus componentes de actividad estarían por definir con una base sólida desde el punto de vista de la investigación. Hay cuestiones que se necesitan conocer tales como el tipo de servicios que ahora se ofertan a las mujeres cuando están en tratamiento; es decir, cuál es nuestro punto de partida. También tendríamos que intentar responder a preguntas que se refieren a la efectividad de tratamientos

y a la relación con el coste: ¿Qué programas son más costo-efectivos?, ¿Qué resultados obtenemos en diferentes modalidades de tratamiento?, ¿Qué efectos tienen servicios de cuidado infantil, consejo médico, planificación familiar, de educación parental, asistencia domiciliaria y otros posibles, en los resultados de tratamientos a largo plazo?, ¿Qué grupos de mujeres requieren una intervención intensiva?

Un aspecto de gran importancia con relación al costo del tratamiento de la mujer drogodependiente, es el referido a costo del no-tratamiento en términos de costos de salud física y mental, servicios de protección y efectos sobre la familia. Este tipo de análisis siempre favorece que las administraciones financien programas o servicios de estas características. (Parthasarathy, Weisner, Hu y Moore, 2001)

Por otro lado, existen necesidades específicas de atención como las que precisan las embarazadas drogodependientes. En este caso, se debe facilitar al máximo que exista una acogida positiva que evite la estigmatización social y provoque abandonos en los cuidados sobre el embarazo y la propia drogadicción.

Otra línea de actuación programada de mucho interés es la referida a la identificación de mujeres drogodependientes o con conductas sexuales de riesgo que tienen parámetros de alta probabilidad de infección por el VIH; con esta medida se podrían instaurar pautas preventivas contra la infección.

El acceso de la mujer a los servicios de ayuda es una cuestión primordial que se debe estudiar para su mejora, teniendo en cuenta su tendencia infrautilizadora en temas de abuso de drogas respecto al hombre: ¿qué factores facilitan el acceso al tratamiento en la mujer?, ¿Qué beneficios debe ofrecer un programa para ella o su familia mientras está en tratamiento?, ¿Cuáles son los caminos que llevan a la mujer a entrar en un tratamiento de abuso de drogas?, ¿Son eficaces los envíos judiciales a tratamiento en la mujer?. Estas cuestiones y otras pueden ser un buen punto de partida para la mejora de la calidad de los programas y servicios dirigidos a la mujer (Elman, Karlsgotdt y Gastfriend, 2001).

Lo dicho hasta este momento es perfectamente aplicable a los grupos de mujeres étnicos y culturales, así como subgrupos con características especiales por orientación sexual; en el sentido de ampliar el conocimiento de las características que deben tener los programas o servicios para estos colectivos, cuáles son sus principales problemas de accesibilidad y cuáles son los resultados en la relación costo-efectividad. (Walton, Blow y Booth, 2001) La persistencia de lagunas en la accesibilidad a los servicios provoca una fractura en la provisión de ayuda para la mujer que ahonda la desigualdad y la pobreza.

Formación y educación del personal que atiende mujeres con drogodependencias

La conclusión lógica y deseable de todo lo dicho hasta el momento sobre las drogas y el género, es que los profesionales que trabajan con mujeres que pueden padecer un problema por abuso de drogas; necesitan más información sobre los resultados de investigación en este campo, sobre la aplicación de modelos efectivos y correctos tanto en la prevención como en el tratamiento y sobre guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica. En muchos casos será necesario trabajar con los profesionales en el "desmontaje" de actitudes negativas hacia la mujer drogodependiente para favorecer un abordaje eficaz y una buena integración en el programa de atención. La educación o formación continuada será pues, un instrumento necesario e imprescindible para los profesionales.

Recomendaciones sobre la investigación en drogodependencias y género

Es preciso más investigación sobre el papel de las diferencias de género y la vulnerabilidad de la mujer al uso de drogas, la evolución desde el uso, al abuso y la dependencia de drogas, y las implicaciones de las diferencias de género para la prevención y los abordajes y estrategias de tratamiento. La investigación futura sobre las diferencias de sexo debe tener una perspectiva evolutiva e incluir modelos que hagan hincapié en las influencias recíprocas e interacciones del niño, la familia, la cultura y la comunidad. Esta perspectiva permitirá conocer mejor los desarrollos desadaptados que llevan a hombres y mujeres al abuso de drogas.

Un apartado de investigación importante debe ser los grupos de alto riesgo, como las chicas que abusan de drogas, ya que existen patrones identificables en la adolescencia que conducen al abuso continuado. Asimismo debemos investigar acerca de si el proceso de victimización en la mujer conduce a la utilización de drogas y si la violencia en la pareja es consecuencia del consumo de drogas y en qué medida.

Es necesaria más investigación sobre la mujer y las adicciones que permitan clarificar diferencias de género biológicas y conductuales de respuesta a las drogas, para ello, se requiere la colaboración de múltiples disciplinas tales como la biología, sociología, medicina, psicología o antropología, para alcanzar una mejor comprensión del comportamiento de abuso de drogas en la mujer.

Se debe incluir el tabaco y el alcohol en la investigación sobre las diferencias de género en el consumo de drogas. La dependencia a la nicotina, en concreto, puede ser el área más importante de estudio porque representa un

ciclo intergeneracional amplio de una adicción.

En el caso de la mujer, los desórdenes por ansiedad y depresivos, son considerados precursores del abuso y dependencia de drogas en mayor medida que el hombre. Por ello, se debe tener en cuenta para los tratamientos. En este sentido se precisa investigar sobre la prescripción de fármacos a la mujer.

Se precisa investigar sobre la cuestión de la detección de VIH y SIDA, el acceso a los tratamientos, el seguimiento de los tratamientos y medidas preventivas y la utilización de servicios. También cuestiones relativas a subgrupos específicos de mujeres según raza, etnia o diferentes orientaciones sexuales.

Se precisan estrategias diferentes para cada mujer en los distintos períodos de sus vidas. No existe un patrón único que sirve para investigar todo en la prevención, el tratamiento y la etiología. Son necesarios nuevos estudios que exploren la genética, el entono personal, social y cultural, tanto en cuanto a factores protectores como de riesgo.

Por último, es preciso mejorar la metodología y técnicas de investigación para profundizar más en las diferencias de género. Un ejemplo de ello es la información limitada que aportan las técnicas cuantitativas sobre las diferencias de género, y se debe impulsar, por ello, una mayor adaptación de estas para esos fines y utilizar técnicas cualitativas.

Referencias

- Armentano, M.E. (1998). Adolescent Substance Abuse and Psychiatric Comorbidity. En A. W. Graham, T.K. Schultz (eds.): *Principles of Addiction Medicine. Second Edition*. American Society of Addiction Medicine.
- Barrera, M., Biglan, A., Ary, D.V. y Li, F. (2001). Replication of a problem behavior model with american indian, hispanic and caucasian youth. *Journal of Early Adolescence*, 21(2), pp. 133-157.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela. Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Ed. Ministerio del Interior. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Brook, J.S., Brook, D.W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Influence of parental Child-rearing practices and environment on adolescent drug use. *Journal of Behavioral Medicine*, abril 24(2), pp. 183-203.
- Cadafalch, J., Domingo, P. y Fuster, M. (1995). El síndrome de inmunodeficiencia humana en Drogodependientes: Epidemiología, Historia Natural y Aspectos Terapéuticos. En J. Cadafalch, M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (Coord.): *Sida y Drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Edlin, B., Irwin, K., Faruque, S. et al. (1994). Intersecting epidemics: Crack cocaine use and VIH infection among inner-city young adults. *The New England Journal of Medicine*. 331: 1422-1427.
- Elman, I. Karlsgodt, K.H. y Gastfriend, D.R. (2001). Gender differences in cocaine craving

- among non-treatment-seeking individuals with cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27(2), pp. 193-202.
- Gamella, J.F. y Álvarez, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
- Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Jones, H., Hang, N., Silverman, K., Stitzer, M. y Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, pp. 267-306.
- Kalechstein, A.D., Newton, T.F., Longshore, D., Anglin, M.D., Van Grop, W.G., y Gawin, F.H. (2000). Psychiatric Comorbidity of Methamphetamine Dependence in a Forensic Sample. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(4), pp. 480-484.
- Kumpfer, K.L. (1994). *Promoting Resiliency to AOD Use in High Risk Youth*. Rockville, M.D.: Center for Substance Abuse Prevention.
- Lynch, W.J., Roth, M.E., Mickelberg, J.L. y Carroll, M.E. (2001). Role of Estrogens in the Acquisition of Intravenously Self-Administered Cocaine in Female Rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*; 68, pp. 641-646.
- Mitchell, J. (1994). Treatment of the addicted woman in pregnancy. En N.S. Miller (ed.). *Principles of Addiction Medicine*. Chevy Chase, M.D.: American Society of Addiction Medicine.
- National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A.) (2001). *Recommendations from NIDA's Conference on Drug Addiction and the Health of Women*. Rockville. U.S.A.
- Newman, P.A., Zimmerman, M.A. (2000). Gender Differences in HIV- related sexual risk behavior among urban African American youth: A multivariate Approach. *AIDS and Educ. Prev.* 12(4), pp. 308-325.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía (2000). *Informe anual sobre el problema de las Drogodependencias en la Unión Europea*. Lisboa.
- Organización para las Naciones Unidas (O.N.U.) (2001). *Período Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Crisis Mundial - Acción Mundial*. Nueva York, 25-27 de junio.
- Parathasarathy, S., Weisner, C., Hu, T.W. y Moore, C. (2001). Association of outpatient alcohol and drug treatment with health care utilization and cost: revisiting the offset hypothesis. *Journal Stud Alcohol* 62(1), pp. 89-97.
- Petry, N. y Bickel, W. (2000). Gender Differences in Hostility of Opioid-Dependent Outpatients: Role in early treatment termination. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, pp. 27-33.
- Piazza, P.V. y Le Moal, M. (1998). Stress as a factor in addiction. En A.W. Graham y T.K. Schultz (eds.), *Principles of Addiction Medicine*. Second Edition. American Society of Addiction Medicine.
- Ratner, M.S. (ed.) (1993). *Crack Pipe as Pimp: An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books.
- Romo, N. (2001). *Cultura del baile y riesgo: la influencia del género en los nuevos usos de drogas de síntesis*. Universidad de Granada. Tesis doctoral.
- Strathdee, S.A., Galai, M., Safaiean, M., Celentano, D.D., Vlahov, D., Johnson, L. y Nelson, K.E. (2001). Sex Differences In Risk Factors for HIV Seroconversion Among Injection Drug Users. *Archives of Internal Medicine*, 161, pp. 1281-1288.
- Van Etten, M.L., Neumark, Y.D. y Anthony, J.C. (2001). Male-female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*. Vol. 94, 9, (1413-1419)
- Walton, M.A., Blow, F.C. y Booth, B.M. (2001). Diversity in relapse prevention needs: Gender and race comparisons among substance abuse treatment patients. *American Journal of Drug*

and *Alcohol Abuse* 27(2), pp. 225-240.

Weiner, M.D., Pentz, M.A., Turner, G.E. y Dwyer, J.H. (2001). From Early to late adolescence: Alcohol use and anger relationships. *Journal of Adolescent Health*, 28(6), pp. 450-457.

Wenzel, S.L., Leake, B.D. y Gelberg, L. (2000). Health of homeless women with recent experience of rape. *Journal of General Internal Medicine*, 15(4).

Recibido: 11/12/2005

Aceptado: 11/01/2006

*USO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN
MUJERES ADICTAS EN EUROPA.
CLAVES PARA SU COMPRENSIÓN E INTERVENCIÓN*

Juan José Llopis

Universitat Jaume I.

Unidad Conductas Adictivas 02, Castellón.

Agurtzane Castillo, Montse Rebolida, Paolo Stocco

Grupo Europeo IREFREA

Estudios en Toxicomanías e Identidad de Género

Resumen. La alarma social generada en los últimos años por la difusión en los medios de comunicación de los muchos casos de violencia sobre las mujeres ha provocado un creciente interés por este tema tanto a nivel de investigación como de programas de prevención e intervención no siempre afortunados, planes nacionales, estrategias y legislaciones dirigidas a atajar este problema. La violencia de género es un hecho conocido pero con grandes zonas de sombra como es la incidencia de violencia y abusos entre el colectivo de mujeres adictas. Los objetivos de este trabajo son conocer la realidad de la violencia de género que recae sobre las mujeres adictas para poder programar estrategias que aborden la violencia y sus consecuencias de la forma más eficaz posible y en el seno del tratamiento de la adicción. La metodología empleada fue la revisión de los resultados de las investigaciones europeas desarrolladas por el grupo de estudios de toxicomanías e identidad de género con poblaciones de mujeres adictas desde 1998 al 2004. Al mismo tiempo se revisan los datos bibliográficos de estudios con la misma población en los que se analizan los malos tratos de todo tipo. Se halló que la incidencia de malos tratos es muy superior a la de la población femenina general. Destacan como factores la conducta de sumisión de la mujer, las consecuencias a nivel psicológico de los abusos sexuales en la infancia. También se observa un mantenimiento de la violencia sobre la adicta que se inicia en la infancia para continuar siendo adulta sufriendo violencia a manos de su pareja o de familiares y conocidos. Finalmente se recomiendan unas pautas para el abordaje de la violencia de género en las mujeres adictas dentro del tratamiento de su adicción

Correspondencia:

Juan José Llopis

Palabras clave: Abusos sexuales. Adicción. Dependencia afectiva. Mujer. Violencia de género.

Abstract. The social alarm generated in recent years caused by the diffusion in the mass media of many cases of gender violence has caused a growing interest by this problem. This fact has stimulated the research, preventive programs and not always fortunate intervention, national plans, strategies and legislations directed to solve this problem. Gender violence is a well-known fact but with large lacks as the incidence of violence and abuses among the collective one of addicted women. The aim of this work was to investigate the reality of the gender violence on addicted women to facilitate to plan strategies that undertake the violence and its consequences of the more efficient actions and in the breast of the processing of the addiction. The methodology was to review the results of the European investigations developed by the drug addictions studies group and gender identity with populations of addicted women since 1998 to 2004. Bibliographical data of studies with the same population are revised in which different types of maltreatment are analyzed. The outcomes showed that the incidence of maltreatment is higher compared with the general female population. Some factors are commented, like submission behaviour and the psychological consequences of sex abuse during the infancy. Also maintenance of the violence on the addict is observed that is initiated in the infancy to continue being an adult suffering violence by hand of its couple or of relatives and acquaintances. Finally some guidelines for the approach of gender violence on addicted women inside the processing of its addiction are recommended.

Keywords: Sex Abuse. Addiction. Emotional dependence. Woman. Gender violence.

Introducción

En los últimos años la repercusión del maltrato a mujeres ha tomado características alarmantes, no porque se haya producido un aumento en su incidencia, sino más bien por que los medios de comunicación y, sobre todo la sensibilidad de la población, ha provocado que afloren situaciones, excesivamente cotidianas que hasta hace pocos años permanecían en la bruma social de la negación más aterradora.

Naciones Unidas denuncia que el 25% de las mujeres son violadas en algún momento de su vida a nivel mundial. Del 25 al 75% de las mujeres, según los países, son habitualmente maltratadas físicamente en sus hogares (NIDA 2001).

Las mujeres maltratadas tiene mayor riesgo de sufrir problemas graves de salud, embarazos no deseados y abortos, así como graves psicopatologías: depresión, trastorno de estrés postraumático y adicción.

Dentro del amplio espectro que ocupa el maltrato de género, todavía existen poblaciones en las que esta circunstancia toma tintes más trágicos si cabe, de entre ellos el colectivo de mujeres adictas presenta características especiales tanto en la incidencia y gravedad, como en las posibilidades de actuación, El presente texto hace una revisión de los resultados de los estudios que el Grupo Europeo IREFREA Estudios Toxicomanías e Identidad de Género ha desarrollado desde 1998 hasta el 2004 con el soporte de la DG Sanco de la Comisión Europea. Por otra parte aportamos los datos de los estudios que, en nuestra opinión, aportan datos significativos para perfilar la íntima y perversa relación entre violencia hacia la mujer y la adicción de esta.

Condición de género y maltrato

Las diferencias a nivel sexual entre hombres y mujeres se centran en los aspectos más biológicos, en cambio cuando utilizamos la denominación de género estamos utilizando un concepto más amplio que describe los aspectos comportamentales y los rasgos dependientes de la cultura en hombres y mujeres. En 1979 se publica un estudio que propone utilizar el término género como forma de eliminar la tendencia al reduccionismo de orden biológico ampliando el concepto a una perspectiva de índole psicosexual y psicobiológica que incorpora las investigaciones, cada vez más numerosas, sobre causas y repercusiones del stress en los seres humanos (Unger, 1979).

El género es una categoría psicosocial básica como puede ser la edad, etnia o clase social, que de forma fiable predice parcialmente la conducta individual de un sujeto. La identidad de género se refiere a las vivencias conscientes e inconscientes, por las que un individuo se siente masculino o femenino. La identidad de género suele fraguar en los primeros cuatro años de vida organizando, posteriormente, todo el desarrollo personal y sobre todo el relacional de los seres humanos. A partir de aquí el rol de género es la conducta manifiesta que dentro de cada sociedad expresa el comportamiento característico del género masculino y femenino (Mingote, 2003).

El género va a ser una cualidad que tiene que ver con las variables socioculturales del ambiente en el que un ser humano se desarrolla. El término género va más allá del circunscrito concepto de sexo, ya que incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas masculinas y femeninas, e incluye el componente central del autoconcepto, la capacitación o autoeficacia percibida, la identidad personal, las creencias y conductas de distinta índole y, en referencia a los aspectos que nos interesan, aquellas conductas relacionadas con el cuidado de la salud y las percepciones de riesgo.

Habitualmente la identidad de género tiene una estructura nuclear construida sobre aspectos anatómicos y fisiológicos a nivel genital, reforzada por las actitudes del entorno social inmediato, por la familia y las personas más cercanas. En el fondo los aspectos biológicos y psicológicos se refieren a los mismos hechos pero analizados desde esquemas conceptuales distintos que acaban confluyendo en lo psicobiológico.

Estereotipo de género es un conjunto de creencias socialmente vigentes sobre las características, habilidades y también sobre las expectativas atribuidas a los hombres y las mujeres. Los estereotipos de género como conjunto de representaciones mentales compartidas o esquemas cognitivos colectivos acerca de la conducta habitual de los roles de género, condicionan los prejuicios respecto del género con actitudes, habitualmente, negativas hacia un grupo de personas basadas en su condición sexual. Los estereotipos van a dar lugar, a su vez, a la discriminación de género entendida como la conducta manifiesta que pretende la marginación de esas mismas personas (Mingote, 2003).

Los estereotipos de género tienen mucho que ver con la expectativa de autoeficacia que se le hace a la mujer, y en concreto los estereotipos de género repercuten sobre la conducta de la mujer, y también de la mujer adicta, en relación a los aspectos de cuidados de salud y autoeficacia percibida como respuesta a su conducta adictiva. Así la expectativa colectiva respecto de la capacidad de la mujer para su toma de decisiones autónomas, basada en la atribución de una conducta dependiente típicamente femenina convierte a la Identidad de Género, en si misma, en una más que posible barrera al tratamiento cuando se aplica a determinadas conductas de salud como son las adicciones.

Es en este contexto de estereotipos de género en el que la violencia de género tiene su origen en pautas culturales y creencias religiosas basadas en mantener una subordinación de la mujer frente al hombre en todas las esferas de la relación social.

Un claro ejemplo de estereotipo de género es la reciente publicación por el Arzobispado de Valencia de la hoja parroquial "Aleluya" (febrero 2006) con un texto firmado por el profesor jubilado de teología Gonzalo Gironés en el que se afirma "...las victimas de malos tratos más de una vez provocan con su lengua...el varón generalmente no pierde los estribos por dominio, sino por debilidad, no aguanta más y reacciona descargando su fuerza que aplasta a la provocadora". Nada que añadir a este patrón evidente del peso cultural que las mujeres siguen soportando, y que difícilmente va a mermar la tragedia de la violencia de género.

En la concurrencia de ser una mujer adicta la víctima de la violencia, es donde más claramente se observa que la llamada violencia de género o doméstica no es más que un eufemismo de la evidente violencia machista.

Violencia de género y adicción.

Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y Witte, 2001; NIDA 2001; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003.)

Las experiencias emocionales en la infancia influyen sustancialmente en el uso de drogas.

Hace años que venimos constatando la publicación de diversos estudios donde de forma directa o como una variable más de estudios descriptivos, se viene analizando la relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías y entre ellas la frecuente aparición de una patología dual, en la que el consumo y adicción a diferentes sustancias se convierte en un determinante de la intervención.

Comparando con los varones adictos se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes directamente relacionados con el inicio en el consumo de drogas entre las mujeres (Miller, 1997)

Es muy frecuente la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos, muchas de ellas refieren haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital del tipo violación o incesto (Hurley, 1991).

Los datos de los diferentes estudios realizados entre adictos ofrecen suficientes datos como para que actualmente tengamos la evidencia de las dos vertientes en que las drogas y la violencia de género se interrelacionan:

El uso de drogas en mujeres parece estar directamente relacionado con la presencia de antecedentes de agresión sexual.

El uso de drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento de agresiones sexuales y victimización física (Testa, 2004).

Interrelación en la que también es determinante el factor de temporalidad ya que el abuso de sustancias puede aparecer como un antecedente o como un trastorno consecuente a la propia historia de abuso y /o violencia sexual:

Antecedente: facilitaría la implicación de adolescentes en conductas de alto riesgo. Menos capacidad para discriminar señales de peligro. Mal afrontamiento de nuevos intentos de violencia sexual.

Consecuente: Actuaría como un mecanismo de afrontamiento al estresor.

En este contexto el abuso de sustancias y las conductas asociadas se vuelven reacciones normales a situaciones anormales, en cambio emociones normales son medicadas e ignoradas de forma que el uso de sustancias psicotropas, capaces de modificar el estado de ánimo de la persona, se convierte en una estrategia de "mal" afrontamiento de estados de disconfort. Las reacciones naturales y normales raramente se exteriorizan en los caóticos sistemas familiares en que se ha desarrollado la mujer adicta (Hagan et al 94).

Interrelación entre violencia / abuso de droga y comorbilidad.

Recientemente, Nieto (2004) en un estudio con adictos a cocaína encuentra que aquellas víctimas de violencia sexual o física en la infancia, se constituyen en la población de mayor riesgo de abuso de cocaína en su etapa adulta (Nieto 04.). La violencia de cualquier tipo ejercida en la infancia tiene una especial incidencia entre las mujeres, y entre las adictas llega a recaer sobre la mayor parte de ellas con consecuencias que determinan muchas de las peculiaridades de su drogadicción. Acaba logrando que la adicta tenga la percepción de sí misma como portadora de un "estigma" que la conduce a la identificación con grupos marginales.

En la línea que apuntábamos al principio, el NIDA financió hace varios años uno de los más interesantes estudios en los que se analiza la relación entre el abuso sexual en la infancia y el desarrollo posterior de adicción y/o de psicopatología en un muestra de 1400 mujeres gemelas adultas de población no clínica. (Kendler et al, 2000).

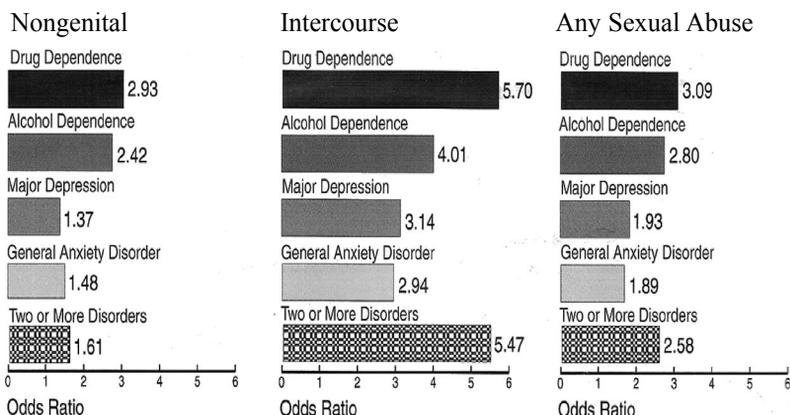
El equipo del doctor Keneth Kendler analiza en su artículo en el que estudió a una cohorte de mujeres que presentan psicopatología y/o adicción, la probabilidad que presentan diferentes tipos de abuso sexual en la infancia con el desarrollo de estas patologías. Los resultados son muy preocupantes sobre todo si tenemos en cuenta que entre el 50 y el 80% de las adictas sufren abusos sexual en la infancia tal como ya hemos señalado.

Los resultados de Kendler (2000) muestran que aquellas niñas que habían sufrido penetración tenían 5.9 veces mayor probabilidad de desarrollar drogadicción y 5.4 veces mayor probabilidad de desarrollar patología Dual que las que no habían sufrido abusos en su infancia. Entre las niñas que han sufrido cualquier tipo de abuso sexual la probabilidad de toxicomanía se multiplica por 3.9 y la de patología Dual es 2.58 veces superior a la de la población general. La importancia de este estudio es que muestra la correlación entre abuso sexual en la infancia y desarrollo de adicción y/o psicopatología en una muestra de mujeres de la población general y no en muestras de muje-

res en tratamiento como es habitual en otros estudios publicados

GRAFICO 1.-Fuente •Kendler, et al 2000.

Association of Childhood Sex Abuse UIT Drug Dependence And Psychiatric Disorders in Adult Women



Metodología

Desde el Grupo de Estudios IREFREA sobre Toxicomanía e Identidad de Género nos proponemos realizar una revisión de los datos referidos a violencia y malos tratos soportados por mujeres adictas a opiáceos de seis países europeos (Alemania, Austria, España, Italia, Francia y Portugal). Estos datos se desprenden de los siete años de investigación en los que venimos estudiando diferentes aspectos cruciales para entender la adicción y su relación con la identidad de género.

La metodología empleado en las diversas investigaciones ha simultaneado técnicas cuantitativas y cualitativas en investigaciones epidemiológicas mediante selección al azar de los sujetos a estudiar; investigaciones cualitativas con técnicas de focus group de mujeres adictas; focus group de informadores clave y estudios delphi con grupos de expertos.

En la presente revisión presentamos los resultados cuantitativos de las variables que relacionan malos tratos y/o abuso sexual con la evolución de la adicción a opiáceos en la mujer así como los aspectos cualitativos del mismo a partir de las investigaciones desarrolladas por este grupo. Al mismo tiempo nos hacemos eco de los resultados más significativos de estudios realizados por otros grupos de investigación en este tema.

Objetivos

Conocer la incidencia de los malos tratos y abusos sexuales que afectan a las mujeres adictas.

Valorar las características de los malos tratos.

Divulgar un conocimiento de la realidad de la mujer drogodependiente que suele quedar oculto en las estadísticas oficiales.

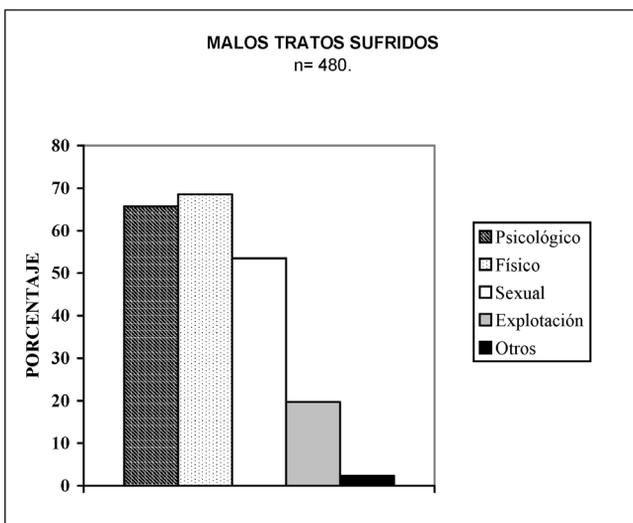
Poder planificar estrategias que mejoren la evolución de la mujer adicta contemplando el abuso sexual y los malos tratos como un factor de riesgo y mal pronostico.

Resultados, determinantes y discusión

Abusos, psicopatología y adicción

Entre las mujeres la mayor prevalencia la encontramos en la comorbilidad entre adicción y trastorno por estrés postraumático (Nesse y Berridge, 1997). Esta patología dual aparece directamente relacionada con antecedentes de abuso sexual, violación y malos tratos si comparamos población de adictas frente a población femenina no adicta (Llopis, 1997). A nivel internacional uno de los más amplios estudios con mujeres adictas muestra que el abuso sexual en la infancia es tres veces superior para las drogodependientes que para las mujeres no adictas (Blume, 1994).

Gráfica 2.- Investigación Cualidad de la Adicción en la Mujer. IREFREA 99-01. Informe Comisión Europea. 2002.



En los estudios Europeos llevados a cabo por IREFREA encontramos que la incidencia de malos tratos es mayoritaria. El 69% de la muestra europea refiere haber recibido malos tratos físicos y el 66% psíquicos, en ambos casos en la adolescencia y sobre todo una vez instaurada la adicción.

Las experiencias de violencia están presentes a lo largo de la biografía de la adicta: Abuso sexual en la infancia y por largos periodos con repercusión a dos niveles (Sfoph, 2003):

Las habituales experiencias de violencia se vuelven "normales" como continuación de los abusos y explotación vividas en infancia/adolescencia.

Las barreras frente a la posibilidad de ejercer la prostitución se van diluyendo.

La literatura internacional dedicada a la mujer adicta señala, en lo referente a la incidencia de antecedentes de Malos Tratos y Abuso Sexual, un dato que nos parece importante destacar: las poblaciones clínicas de mujeres adictas muestran elevadas proporciones de abuso sexual durante la infancia. Según algunas autoras, estas experiencias de abuso sexual en la infancia, la mayor parte de las veces ejercida por el entorno familiar inmediato a la niña, pueden predisponer al alcoholismo y/o la drogodependencia (Kendler et al, 2000).

En nuestros estudios europeos con mujeres adictas también encontramos la existencia de malos tratos físicos o psíquicos (22%) previos a la drogadicción por parte de familiares directos, en relación con problemas de alcoholismo (Stocco, Llopis et al, 2002).

Mi padre siempre ha maltratado físicamente a mi madre. Yo era la hija pequeña y me iba pronto a casa para estar allí y tratar de que mi padre no golpease a mi madre. Yo era quien la llevaba a los médicos.

Vivía pendiente de esas palizas, me hacían sufrir mucho" (26 años, sin hijos).

Encontramos una importante representación de malos tratos y agresiones de tipo sexual acontecidos en el contexto de la toxicomanía y ejercidos por la pareja o por personas con la que se tiene una escasa relación, frecuentemente otros drogadictos. Además el 53% ha sufrido abusos sexuales en su infancia o adolescencia (Stocco, Llopis et al, 2000).

Las mujeres adictas conviven a diario en un ambiente de violencia y morbilidad. Las agresiones físicas y sexuales provienen tanto del entorno inmediato como de la calle o de los clientes (Garnier-Muller, 2004): Peleas y ajustes de cuentas entre mujeres, forman parte de su estilo de vida.

De los clientes. las agresiones físicas y las violaciones individuales o colectivas son muy frecuentes

Gráfico 3. Investigación 98-00. "Women drug abuse in Europe: gender identity." Irefrea 00.

IREFREA 98-00. TOXICOMANIA IDENTIDAD DE GENERO N= 340	ITALIA	ESPAÑA	FRANCIA	ALEMANIA
Infancia < 11 a	43%	22%	49%	65%
Adolescencia	49%	45%	49%	63%
Adulta > 18 a	60%	79%	73%	57%
Madre/Psicopatología				
En el pasado	15%	10%	15%	22%
Actualmente	10%	30%	4%	32%
Padre/Abuso Drogas	30%	45%	32%	57%
Alcohol	87%	94%	100%	93%
Drogas duras	17%	3%	6%	5%
Drogas Blandas	4%	6%	12%	5%
Psicofármacos	13%	3%	12%	9%
En el pasado	14%	11%	28%	20%
Actualmente	8%	10%	9%	18%
Hermano/a Toxic.	36%	39%	44%	34%
Alcohol	24%	53%	50%	67%
Drogas	84%	67%	58%	67%
Psicofármacos	16%	13%	35%	24%
Hermano/a Psicopat.	33%	27%	81%	35%

Violencia de pandillas. Jóvenes que se dedican a lo que ellos denominan "casser de la pute ou de travelos"

Del compañero (proxeneta o camello). La mayor parte de ellas se resignan a dejarse maltratar por su pareja en una relación de dominación/sumisión establecida sobre un rol habitualmente iniciado en la infancia.

Las mujeres que comparten jeringuillas ejercen con mayor frecuencia la prostitución, a causa de una mayor intensidad de su adicción y menor posibilidad de otras fuentes de ingresos. Al mismo tiempo son quienes menos usan preservativo entrando así en una espiral de factores de riesgo que se incrementa exponencialmente (Llopis, 1997). Este es otro tipo de violencia que normalmente no se tiene en cuenta a pesar de su especial repercusión en la mujer adicta. El deterioro consecuencia de la adicción establece también categorías entre las prostitutas de forma que las drogodependientes van degradándose y buscando lugares donde poder ejercer la prostitución cada vez más peligrosos y, también, a aceptar relaciones sin utilizar preservativos.

El numero de intercambios sexuales y el ser VIH positivo están directamente relacionados con sufrir abuso físico por parte de sus clientes. En la mayor parte de estas relaciones sexuales no utilizan condon (El-Bassel y White, 2001).

Gráfico 4. Investigación 98-00. "Women drug abuse in Europe: gender identity.". Irefrea 00.

<i>Toxicomanía e Identidad Género.</i> <i>N = 340.</i>	ITALIA	ESPAÑA	FRANCIA	ALEMANIA
Victima de malos tratos				
Frecuentemente	35%	26%	21%	33%
Alguna vez	44%	35%	32%	37%
No	20%	39%	47%	30%
Tipo de Malos Tratos				
Psicológico	79%	61%	32%	78%
Físico	73%	84%	56%	57%
Sexual	29%	37%	80%	76%
Explotación	14%	10%	17%	39%
Maltratador/ra				
Padre	38%	17%	46%	43%
Madre	25%	6%	3%	33%
Hermano/a	5%	16%	24%	10%
Familiar	6%	6%	10%	27%
Amigo/a	10%	10%	7%	23%
Pareja actual	35%	73%	56%	41%
Conocidos	17%	20%	32%	41%
Desconocidos	11%	8%	32%	49%

En nuestra investigación el 32% de las adictas no utilizaban nunca preservativo en sus relaciones sexuales y el 8% lo utilizaban siempre excepto con su pareja habitual, pareja que suele ser otro drogodependiente vía parenteral muchas veces seropositivo. Es frecuente que los clientes de las prostitutas soliciten tener relaciones sexuales sin preservativos, para lo que algunas veces pagan más dinero o lo que es más habitual amenazan o agreden físicamente a la adicta para obligarla a no utilizar preservativo (Stocco, Llopis et al, 2000).

Durante la investigación cualitativa desarrollada en el año 2001 por este grupo investigador, mediante diferentes "focus group" de mujeres adictas en los que se analizaba las variables que en los estudios cuantitativos se habían mostrado como estadísticamente significativas, pudimos constatar de forma repetida la constante espiral de sumisión y agresión que sufren las adictas a lo largo de su vida. (Stocco y Llopis, 2002).

Mi pareja era muy agresivo conmigo, era un psicópata... no tiene nada que ver con que yo me drogara" (Madre, 34 años).

Me ha maltratado desde muy jovencita... los dos nos pinchábamos y los malos tratos eran consecuencia de eso" (Sin hijos, 26 años).

Me pegaban cuando estaba drogada y luego me robaban el dinero o la papelina..., más de una vez han abusado de mí" (Sin hijos, 32 años).

Una vez instaurada la adicción suelen ser malos tratos derivados de la toxicomanía y desarrollados en un ambiente de gran deterioro de la relación

de pareja. Lo trascendente de todo esto es que algunas de las encuestadas lo califican de agresiones mutuas entre los dos, no conceptuándolo de malos tratos. Con esta apreciación acabamos de entrar en uno de los aspectos cruciales de la adicción y la violencia de género: la sumisión, la dependencia emocional.

La actitud de sumisión- subordinación de la mujer adicta se refleja en sus conductas de adicción en las que habitualmente depende de su pareja, incluso a la hora de conseguir la droga y administrársela, también es crucial en la demanda de tratamiento, al igual que para abandonarlo y también como determinante de las recaídas en el consumo (Stocco, Llopis et al, 2000). Entre las adictas esta conducta de sumisión a dado lugar a diferentes definiciones como codependencia (Sirvent, 1995), bidependencia (Llopis, 1997), o la autofobia (Blazer, 1988) que en el fondo vienen a reflejar la falta de autonomía de la mujer y que subyace en la violencia de género, con mayor intensidad entre las mujeres adictas.

Subyace un aspecto muy interesante, en todo esto, la interiorización en el rol de género de la subordinación femenina, que llega más allá de las diferencias entre culturas: la interiorización de la dominación. El hecho de que las propias mujeres hagan suya esa diferencial categorización de cualidades y defectos asignados a las características psicológicas del género. Este concepto aclara muchas de las interrogantes abiertas tras la observación de la evolución de determinadas conductas en las mujeres. El punto de vista de la psiquiatra Gonzalez de Chávez es definitorio:

La interiorización de la dominación presupone por una parte el acatamiento e identificación con los valores del grupo dominante vividos como propios y, por otra parte, la conformación de la estructura psíquica adaptativa y de comportamientos aplacatorios hacia el grupo en el poder." (González de Chávez, 1992)

Pareja como obstáculo al tratamiento. Otra forma de violencia de género

De alguna manera la conducta de sumisión tiene mucho que ver con la toma autónoma de decisiones. En el caso de la toma de decisiones respecto de los cuidados de salud ya hemos visto al analizar el uso de preservativos que esta gravemente mediatizando por factores externos que la someten a mayores o menores riesgos en función de los clientes sexuales. De la misma forma ocurre con la libre decisión de realizar un tratamiento para su adicción. Aquí el varón ejerce una violencia indirecta decidiendo por la mujer si hace un tratamiento e incluso que tipo de tratamiento.

En el estudio realizado para valorar las "Barreras al tratamiento en mujeres adictas en Europa" (IREFREA, 2001) encontramos que el 29% de las

mujeres adictas que no recibían tratamiento opinaban que su pareja no se lo permitía. El 48% de este mismo grupo de mujeres sin tratamiento afirmaban que había sido determinante en su decisión el que les obligaran a separarse de su pareja adicto para poder recibir tratamiento.

Si mi marido consumía a diario en casa como me iba a desintoxicar...era imposible iniciar un tratamiento" (Madre, 34 años)

Desde el primer momento la ambivalencia domina las relaciones personales creando inestabilidad emocional y aceptación de un rol sumiso que se va cronificando.

Al tener la niña probé la heroína y me enganché. Abandone un poco a la niña, la lleve a casa de mis padres para estar sola en mi piso y consumir.

Fui dejando la responsabilidad de madre...Mi marido empezó a beber demasiado, peleas y la niña cada vez estaba menos para que no viera que me pegaba..." P.28 años. PLD.

En muchos casos la percepción que tiene la adicta de su relación de pareja y de cómo le ha influido a ella está francamente distorsionada creando actitudes que no benefician al proceso terapéutico e incluso mantienen la espiral de maltrato físico o psicológico.

Tuve una pareja durante 8 años, primero bien pero luego lo tuve que dejar por que era venir a casa y paliza diaria y eso que no se hacia heroína... no más parejas hasta la de ahora... él está en metadona y no consume nada. Es gitano pero muy bueno y no quiere ni oír hablar de chutes". Laura. PMM. Su pareja anterior era bebedor excesivo y consumidor habitual de cocaína, la actual abusa de psicofármacos al igual que ella.

Los malos tratos que la adicta recibe de su entorno inmediato también influyen en el mantenimiento o no de su adicción, hasta el punto que en la investigación en la que analizamos las "Barreras al tratamiento en mujeres adictas en Europa" (IREFREA, 2001), encontramos que entre el grupo de mujeres adictas que no solicitaban tratamiento por su adicción un 15% de ellas no lo hacían por el temor a que su pareja las maltratara si ellas abandonaban las drogas.

Un estudio australiano (Copeland y May, 1992) sobre la retención de adictas en tratamiento publicado en 1992 obtiene resultados que sugieren una mayor retención en aquellas adictas con empleo, antecedentes de asalto sexual en la edad adulta, solteras, alcohólicas o con diagnóstico de una sola droga principal, menores de 25 años y que muestran estar de acuerdo con la filosofía del programa de tratamiento seguido. Además, los autores señalan que en las mujeres lesbianas, mujeres con abusos sexuales en la infancia, especialmente incesto, historia de prostitución, politoxicomanía, e hijos a su cargo los

índices de abandonos son mayores y que en estos casos la aplicación de programas especializados para mujeres reduce significativamente la incidencia de abandonos de tratamiento.

La interiorización de los sentimientos representa una cuestión clave. Crea un estado de ánimo con un significado y trascendencia diferente, en relación al genero, tanto en la vida personal como pública. Vivido como algo amenazador o insostenible que llega a ser autolimitante bloqueando toda toma de decisiones autónoma.

La vivencia de vergüenza social en una adicta es autolimitante hasta el punto de dificultar la toma de decisiones respecto del abandono del uso de drogas (Bartski, 1990). Se produce una (dificultad para el cambio por interiorización del sentimiento de: incapacidad, de adicta y además víctima de violencia y con la etiqueta social de "prostituta" Barreras

De mujer maltratada a mujer maltratadora.

En las diferentes teorizaciones sobre el maltrato una de las afirmaciones más repetida es la del maltratador que ha sido maltratado. Entre las mujeres adictas parece repetirse el paradigma pero con unos matices especiales.

Respecto de la perpetuación de los malos tratos a lo largo de las generaciones, en el estudio desarrollado durante el 2002 "Perspectivas de mejora de la asistencia a mujeres drogodependientes con hijos en Europa", (IREFREA, 2003), encontramos una nueva distorsión en la percepción del significado de malos tratos. Las mujeres adictas que han sido las receptoras de los malos tratos dentro de la familia en su infancia y posteriormente en la edad adulta por parte de su pareja, no perciben los malos tratos que ella o su pareja puedan estar ejerciendo sobre sus hijos de la misma forma que lo perciben los profesionales de los Servicios de Atención al Menor, tal como observamos al analizar, en la siguiente gráfica los motivos por los que se interviene sobre la custodia del menor.

La mayor parte de los profesionales de las drogodependencias, servicios sociales y servicios de atención al menor, opinan que la intervención sobre la guardia custodia se produce ante situaciones de incapacidad para ejercer la maternidad responsable o en situaciones de maltrato al menor (abandono, falta de cuidados y abusos), situaciones que muchas veces son consecuencia de la propia adicción. En cambio la madre adicta refiere mayoritariamente que la intervención de los servicios sociales sobre el menor se produce exclusivamente a causa de su consumo de drogas y no por las conductas alteradas de la madre: Para la madre adicta el comportamiento para con su hijo no tiene nada de anormal, es evidente el sesgo que sufre la autopercepción de eficacia en el desempeño de los diferentes roles sociales, incluido el que conlleva la

maternidad, gravemente distorsionado por la propia conducta de adicción y el consumo de drogas.

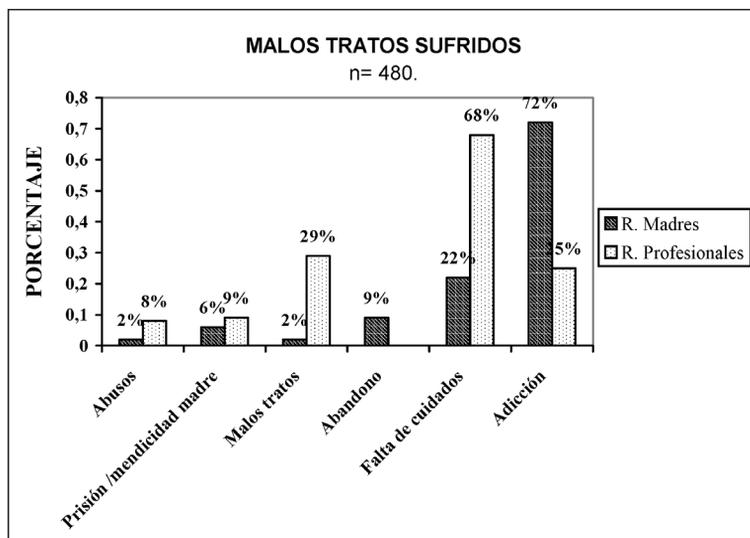
Recomendaciones

El tratamiento de la mujer adicta debe ir más allá de las atribuciones con las que se ha fraguado la identidad de género, un abordaje eficaz exige lograr que la mujer adicta aprenda a preocuparse de la relación consigo misma del mismo modo que se ha preocupado de su relación con los demás. Es imprescindible un trabajo terapéutico que consiga crear nuevas pautas de relación interpersonal en las que no quepa la sumisión cultural del estereotipo de género (Ettorre, 1998).

Eliminar la relación de dependencia afectiva del varón adicto maltratador es un paso más que necesario, imprescindible. Para conseguir esto la toma de decisiones ineludiblemente pasa por la separación, el alejamiento físico evitando todo contacto con el maltratador.

Pasar de una actitud sumisa y de compasión hacia el maltratador, a la toma propia de decisiones basada en proporcionar la capacitación necesaria para la independencia personal.

Gráfico 5. Motivo retirada de la custodia, respuestas madres vs Profesionales (Irefrea Treatment Facilities for Drug Addicted Mothers in Europe. Implications and Consequences. Informe Comisión Europea 2002).



Desde el punto de vista psicológico, emocional y social hay una gran labor a realizar por las mujeres etiquetadas con la doble imagen negativa de mujer adicta y maltratada. Los estereotipos sociales en el caso de las adictas se multiplican de forma que la credibilidad, la eficacia y las expectativas de éxito son prácticamente nulas, tanto a nivel de los familiares, la propia adicta e incluso entre los/las profesionales. La mujer necesita enfrentarse a esas representaciones negativas, ver como ha sido desvalorizada y aprender que sentirse bien es un trabajo difícil y doloroso. Debe crear desde su interior sus propias imágenes de autoestima para sentirse a sí misma "capaz" (Ettorre, 1998).

La condición de adicta en una mujer víctima de violencia se convierte, en sí misma, en el primer obstáculo para el tratamiento.

Ignorar la gran prevalencia de abusos sexuales y de trastornos por estrés posttraumático representa una barrera a la continuidad del tratamiento entre las adictas. La percepción de la credibilidad de las víctimas de delitos sexuales tiene especial relevancia ya que habitualmente se cuestiona su conducta y su responsabilidad en lo sucedido. Esta falta de credibilidad es más evidente entre las mujeres adictas repercutiendo significativamente en la escasa incidencia de denuncias realizadas por mujeres drogodependientes. Durante el invierno de 2002-03 en el sector 18 de París las mujeres adictas fueron víctimas de 27 agresiones en la calle con resultado de muerte. (Garnier-Muller, 2004).

El "*Sesgo de Masculinización del Perfil del Adicto*" (Llopis y Rebullida, 2002) contribuye a menospreciar el problema de la violencia de género que afecta directamente a las mujeres adictas. Este sesgo surge de la escasa representación de las mujeres en los centros de tratamiento, como consecuencia los perfiles de los adictos se corresponden exclusivamente con el del adicto varón y con sus necesidades por lo tanto los programas de atención no tienen en cuenta a la mujer y su problemática y sus necesidades. Es decir los programas de tratamiento están diseñados para hombres y la mujer se siente excluida en muchas ocasiones.

La mayor parte de servicios de atención a la mujer maltratada (Casas de Acogida) no contemplan o directamente excluyen a la adicta del perfil de población a atender por su condición de consumidora de drogas independientemente de haber sufrido o no malos tratos. Tampoco los Centros de Atención a Drogodependientes tienen programas específicos para mujeres y menos para adictas maltratadas.

Un servicio de tratamiento con sensibilidad hacia la mujer debe contar con una serie de servicios básicos. Según Elisabeth Ettorre (1998), el factor que más distingue a los centros de deshabituación apropiados para mujeres es la capacidad para reconocer que sus problemas con el alcohol y otras drogas

tienen las raíces en sus experiencias como mujeres, así como sus dificultades para afrontar los problemas que específicamente afectan al género femenino.

El uso de drogas y las expectativas sociales están fuertemente sexualizadas. Si una mujer no se adapta a las expectativas socioculturales experimentara conflictos consigo misma muy diferentes a los de un hombre, tenderá a mantenerlos ocultos con lo que irán en incremento. La adicta se siente incómoda dentro de un sistema de atención profesional totalmente masculinizado y acaba abandonando el programa de tratamiento por falta de identificación...

Con los datos que hemos venido mostrando queda claro que no se puede ignorar la gran prevalencia de abusos sexuales y de Trastornos por Stress Post Traumático a la hora de programar el tratamiento de una mujer adicta, pero hay que ser cuidadosos con la forma y también con el momento de abordar esta problemática dentro del tratamiento de la adicción ya que los resultados pueden ser contraproducentes

El manejo de los sucesos traumáticos de forma apropiada puede ser la clave del éxito del tratamiento en las adictas. La mayoría de los clínicos prefieren no abordar estos traumas, centrándose únicamente en la conducta de adicción corriendo el riesgo de que la mayoría de mujeres no sigan el tratamiento volviendo a una conducta de adicción que de alguna forma viene a sofocar su disconfort psicológico (Uhler y Parker, 2002).

Tengamos presente que incluir en el protocolo inicial excesivas preguntas al respecto, también crea una reacción emocional de angustia que suele inducir al abandono del programa. Pero hay que tener en cuenta que en algunas mujeres adictas con antecedentes traumáticos llegan a los servicios de tratamiento por adicción priorizando el tratamiento de su dolor emocional por los sucesos traumáticos, frente al abandono del consumo de drogas, con lo que si no reciben la seguridad de que el programa de tratamiento les va a ayudar a liberarse del dolor es muy fácil que no se sientan identificadas con el tratamiento y acaben abandonando.

Programas de tratamiento como el Programa de Terapia Emocional Profunda para Mujeres del CODA (NIDA 02) recomiendan que los consejeros deben ser conocedores de la importancia de los abusos y sucesos traumáticos y transmitir en las primeras entrevistas que el programa puede ayudar a las pacientes que los han sufrido pero evitando forzar inicialmente a las adictas a confrontarse con estas experiencias, esperando a desarrollar mayores niveles de empatía entre terapeuta y paciente.

Algunos autores recomiendan demorar la intervención del trauma causado por los abusos y/o malos tratos hasta transcurrido un largo periodo de abstinencia, alrededor de un año, pero si el trauma es muy doloroso, hay que

tener en cuenta que se constituye en un factor que, por si mismo, mantiene el consumo de drogas como forma de aliviar su angustia y muchas pacientes van a ser incapaces de lograr mantener una abstinencia si el tratamiento no aborda estos sucesos (Uhler y Parker, 2002).

En otros programas se recomienda el abordaje de los trastornos sexuales consecuentes a la historia de abusos, mediante talleres de sexualidad. (Castañeda y Fuentes, 2004)

Hace más de diez años que algunos expertos recomiendan proporcionar programas de tratamiento con sensibilidad por los aspectos de género mejora el acceso, la efectividad y la retención de los tratamientos especialmente en mujeres con historia de abusos sexuales en la infancia, en lesbianas, y en madres adictas con hijos a su cargo (Copeland y Hall, 1992).

Finalmente recordar que la OMS recomienda a aquellos países que todavía no han desarrollado políticas oficiales, (Bélgica, Bielorrusia, España, Países Bajos, Portugal y Suiza) la implantación de programas de intervención con perspectiva de género (Facy et al, 2004). Suiza ya lo ha hecho y Portugal tiene un plan de implantación de políticas de género en las adicciones. En España, a pesar de existir varios grupos investigadores en este tema que hace años vienen señalando la necesidad de implantar la perspectiva de género en las adicciones, como es costumbre en nuestros responsables de la gestión pública seguimos discutiendo del sexo de los ángeles.

Conclusiones

La Incidencia de abuso sexual y de malos tratos entre las adictas europeas estudiadas (69%) es muy superior a los datos de población femenina general (20-25%).

El abuso sexual entre las adictas se produce a cualquier edad con predominio del rango entre los 12 y los 16 años, y es un factor determinante en la aparición de Trastornos por Estrés Postraumático y en el desarrollo de adicción.

Los malos tratos a las adictas se producen a cualquier edad dentro de un ambiente familiar desadaptado. Se inician en el seno de la familia de origen, protagonizados por el padre o los hermanos, para continuar en el seno de la pareja siendo el varón adicto quien protagoniza la mayor parte de los malos tratos y violencia sexual.

La violencia sexual sobre la adicta presenta algunas características especiales como son la violencia ejercida forzando a tener relaciones sexuales sin protección, en el propio acto de administración de la droga, y en la circunstancia de que, después de su pareja, quienes mayormente ejercen el maltrato son personas desconocidas que en el contexto de la conducta adictiva abusan

de la adicta reflejando el papel de sumisión adoptado por la drogodependiente en todas las esferas de su relación social.

Las características de dependencia relacional o afectiva, la inseguridad ante el futuro, el bajo nivel educativo, falta de capacitación laboral y la dependencia económica dan lugar a una incapacidad para la toma de decisiones autónomas. El resultado de todo ello es una conducta de subordinación ante el hombre, habitualmente las sucesivas parejas de adictos, que mantiene la espiral de violencia soportada por la mujer drogodependiente desde su infancia.

La ignorancia de estos aspectos de violencia sexual y física y su repercusión como factor de riesgo de estrategias de afrontamiento desadaptadas, entre las que frecuentemente se incluye el consumo de drogas y la adicción, lleva a la planificación de programas de prevención y enfoques terapéuticos basados en el "sesgo de masculinización de la adicción", que no dan respuesta a las necesidades de la mujer adicta. Como consecuencia la mujer no tiene una percepción de confort en los tratamientos, no se siente atendida en sus necesidades y abandona los tratamientos con mayor frecuencia que otros colectivos de adictos. En las mujeres adictas la alarmante incidencia de antecedentes de abuso sexual y malos tratos en la infancia provocan Trastornos del comportamiento y de personalidad del tipo del trastorno por estrés postraumático, que llevan al desarrollo de conducta dependiente-sumisa (Interiorización de la dominación) y al consumo de drogas. A partir de este momento su historia de vida se convierte en una espiral en la que, interminablemente, se suceden el abuso de sustancias, los malos tratos y la dependencia emocional...Es necesario un planteamiento de prevención y tratamiento de la adicción con perspectiva de género.

El discurso entonado alrededor de la violencia de género debe incluir a las mujeres adictas ya que constituyen la población de mayor riesgo y la menos atendida.

Agradecimientos: A todos los/las integrantes del grupo europeo de estudios de identidad de Género y Adicción de IREFREA. Este trabajo ha recibido el soporte económico de la D.G. sanlo de la Comisión Europea y con la Red de transtornos Adictivos del Ministerio de Sanidad y Consumo(903/005).

Referencias

- Bartski, S. L. (1990). *Feminism and Domination*. New York: Routledge Press.
- Blaker, K. (1988). *Mujeres complacientes, hombres controladores*. Buenos Aires: Vergara.
- Blume, S. B. (1994). *Women and addictive disorders*. *American Society of Addiction Medicine*, p.p. 1-16.
- Brady, K. T. et al. (1993). Gender differences in substance use disorders. *American Journal of*

- Psychiatry* 150 (11), 1707-1711.
- CASA (1996). *Substance abuse and the American Woman*. NIDA Informe 1996.
- Castañeda, B. y Fuentes-Pila, J. M. (2004). Mujer y adicciones: las salidas de un laberinto. *Adicciones*, vol 16, suplemento 1, 84-85.
- Copeland, J. y Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction* 87, 883-890.
- El Bassel, N. y Wittes, S. (2001). Drug use and physical and sexual abuse of street sex workers in New York City. *Research for Sex Work*, 4.
- El Bassel, N., Gilbert, L. y Rajah, V. (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and VIH. *Addictive Behaviours*, 28 (8), 1385-403
- Ettorree, E. (1998). *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?* Madrid: Narcea.
- Facy, F. (2004). *Addictions au féminin*. Paris: EDK.
- Fals-Stewart, W., Golden, J. y Schumacher, J. (2003). Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviours*, 28 (9) 1555-74.
- Freeman, R. (2001). Child and adolescent sexual abuse history in a sample of 1440 women sexual partners of injection drug-using men. *Women Health* 34 (4) 31-49.
- Frye, V. (2001). Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence Vict.* 16 (5). 553-564.
- Garnier- Muller, A. (2004). Un lieu d'accueil pour les consommatrices de drogues du 18^e arrondissement de Paris. En F. Facy et al, (Eds.). *Addictions au féminin*. Paris: EDK.
- González de Chavez, J. (1992). Mujer, cultura, identidad y salud mental (I y II). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12, 40- 41, 9-29.
- Green- Hennessy, S. (2002). Factors associated with receipt of behavioral health services among persons with substance dependence. *Psychiatric Services* 53, 1592-1598.
- Hagan, H. (1994). Impediments to comprehensive treatment models for substance-dependent women: treatment and research questions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26 (2), 163-171.
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol, and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*. 52 (3). pp 253-268.
- IREFREA Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género: Treatment Facilities for Drug Addicted Mothers in Europe. Implications and Consequences. Informe Comisión Europea 2003.
- IREFREA Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género: Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe. Informe Comisión Europea 2001.
- Kendler, K. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959.
- Llopis, J. J. (1997). *Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes. Un estudio con mujeres heroinómanas, su personalidad y evolución*. Tesis Doctoral. Universidad Literaria Valencia.
- Llopis, J. J. (1997). *Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia*. Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, pp. 363-398. Madrid: Dupont Pharma.
- Llopis, J. J. y Rebullida, M. (2002). *Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes*. En I Simposium Nacional sobre Adicción en la mujer, pp. 155-172. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- McLean, Mc. y Gallop, R. (2003). Consecuencias del abuso sexual infantil para el trastorno limi-

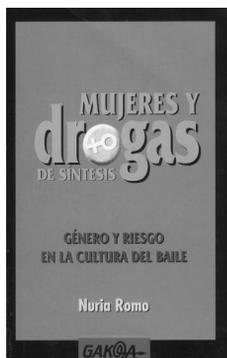
- te de personalidad y el trastorno por estrés postraumático grave. *The Journal of APPI*, 2, 2, pp. 141-149
- Mingote, J. C. (2003). Violencia de género. *Atención Primaria y Salud Mental*, 6, 3, 7-30.
- Nesse, R. M. y Berridge, K. C. (1997). Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*, 278, 63-66.
- NIDA (2001). Métodos de tratamiento para la mujer. NIDA Infobox. 12964. Enero.
- Nieto, M. A. (2004). Violencia y consumo de cocaína. *Adicciones*, 16, supl 1, 46-47.
- Sanmartín, J. (2002). *Violencia contra las mujeres: causas y efectos*. Madrid.
- Sargent, M. (1992). Women, drugs, and policy in Sydney, London and Amsterdam. Cit. en: Ettore, E. (1998), *Mujeres y alcohol ¿Placer privado o problema público?* Madrid: Narcea.
- Sfoph, J. (2003). *Women-centred. Requirements for low-threshold drugs services. A toolkit for practice*. Swiss Federal Office of Public Health.
- Sirvent, C. (2000). Dependencias relacionales. Codependencia, bidependencia y adicción afectiva. Ponencia al Ier Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. F. Spiral. Madrid Octubre
- Sirvent, C. (1995). Sobre la teoría general de la terapéutica e integración social en drogodependencias. En M. Mateos, (Ed.), *Los equipos interdisciplinarios en drogodependencias: estructura, estrategias y evaluación*, pp. 61-77. Burgos.
- Stocco, P. y Llopis, J. J. (Coords.) (2002). *Women and opiate addiction: an european perspective*. Mallorca: IREFREA. European Commission.
- Stocco, P., Llopis, J. J., DeFazio, L., calafat, A. y Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Venezia: IREFREA and European Commission.
- Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91, (8), 1141-1150.
- Testa, M. et al. (2004) The role of victim and perpetrator intoxication of sexual assault outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 3, 320-329.
- Uhler, A. y Parker, O. (2002). Treating women drug abusers: Action therapy and trauma assessment. *Science Practice and Perspectives*, 1,1, 30-35.
- Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.

Recibido: 20/12/2005

Aceptado: 30/01/2006

RECENSIONES DE LIBROS

MUJERES Y DROGAS DE SINTESIS
GÉNERO Y RIESGO EN LA CULTURA DEL BAILE



Autora:
Nuria Romo Avilés

Edita:
Tercera Prensa -
Hirugarren Prentsa SL.

304 páginas

Aunque los fenómenos adictivos en sí no tienen género, es evidente que el efecto de las drogas -tanto en el plano físico como en el psicosocial- como sus pautas de consumo, son distintas en el caso de mujeres y hombres.

Desde la literatura científica hasta el imaginario social, hemos construido un prototipo del consumidor de drogas, de sus patrones y sus técnicas de tratamiento, basado mayoritariamente en la experiencia de los varones.

Sin embargo, los datos de encuestas recientes nos advierten del incremento en la prevalencia del consumo femenino de algunas drogas, que empiezan a equipararse en datos, a los obtenidos por los varones o que los superan en algunos casos como el del tabaco.

El presente libro que se articula en seis capítulos, nos relata la experiencia etnográfica de la autora en los entornos de consumo de drogas de síntesis, ofreciéndonos una introducción al tema del género y las drogas de síntesis en España (capítulo 1), una descripción detallada de la metodología utilizada en la elaboración de este estudio (capítulo 2), un análisis de la relación de mujeres y varones con las drogas de síntesis (capítulo 3), cómo influye el sexo en las formas de policonsumo entre usuarios y usuarias de drogas de síntesis (capítulo 4), qué influencia tiene el género en la percepción y acción frente al riesgo asociado a la "cultura del baile" (capítulo 5) y cuál es la situación de la mujer respecto al mercado de drogas de síntesis (capítulo 6).

En suma, la lectura de este libro nos aporta una visión complementaria a los datos epidemiológicos, permitiéndonos profundizar y mejorar nuestra comprensión global de algunos aspectos relacionados con el uso que dan las mujeres a las drogas de síntesis en nuestro país.

M^a Carmen Segura Díez
*Instituto de Investigación de
Drogodependencias (INID)*

*DEJAR DE FUMAR ES MUY FACIL...
TODO FUMADOR LO CONSIGUE UN MONTON DE VECES
(Estrategias para dejar de intoxicarse y autoengañarse)*

ANDREA FIORENZA

**DEJAR
DE FUMAR
ES MUY
FÁCIL**

...
TODO FUMADOR
LO CONSIGUE
UN MONTÓN DE VECES

ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE INTOXICARSE
Y AUTOENGAÑARSE

 integral

Autor:
Andrea Fiorenza

Edita:
RBA Libros, S.A.

118 páginas

Sin duda alguna, el consumo del tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costes económicos y sociales que genera.

Por fortuna, actualmente el status en el que hasta ahora se mantenía el tabaco está decayendo. Estamos comenzando a sentir los primeros efectos del rechazo social ante el tabaco. Sirva como ejemplo, la actual legislación en España de medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (LEY 28/2005, de 26 de diciembre).

Es en este contexto, donde surge el presente libro, que lejos de ser un manual convencional acerca de los métodos y estrategias más en boga para dejar de fumar, se constituye como una original reflexión acerca de la lógica oculta del tabaquismo.

El autor, fundamentándose en las concepciones del destacado antropólogo y psiquiatra, Gregory Bateson, las nociones sobre los procesos motivacionales de Milton Erickson, y las revolucionarias ideas sobre la comunicación humana del psicólogo Paul Watzlawick, nos ofrece un análisis donde el lector podrá encontrar en los mecanismos descritos, los componentes psicológicos presentes y comunes tanto en esta como en cualquier otra dependencia.

Esta original obra, narrada a través de los diálogos de un excéntrico psicólogo y su maestro, se articula principalmente en 4 partes:

En la primera parte, el lector encontrará un análisis de las creencias erróneas y falsas premisas de las que todo fumador parte cada vez que decide fumar.

En la segunda parte, el lector descubrirá que dejar de fumar no es cuestión de fuerza de voluntad, y lo ineficaz y problemático que resulta recurrir a este argumento.

En la tercera parte, se exponen los conocimientos que hay que interiorizar y las estrategias a seguir, para realizar el cambio psicológico necesario para dejar de fumar. Ensalzando el uso de la paradoja como estrategia primordial.

Finalmente, en la cuarta y última parte, se concluye reestructurando la visión limitada del fumador en una visión mucho más amplia, en la que el mismo fumador se transforma en responsable de su propio cuerpo.

A través de esta singular y divertida fábula el autor nos guía e introduce en los mecanismos, autoengaños, creencias erróneas e intentos fallidos en los cuales todo fumador permanece atrapado, en la que podríamos considerar como la más antigua de las dependencias.

Mónica Gázquez Pertusa
*Instituto de Investigación de
Drogodependencias (INID)*

Normas de presentación de trabajos

1. La revista *Salud y drogas* aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico, y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista.
2. Sólo se publicaran artículos inéditos, no admitiéndose aquéllos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español, inglés y francés.
3. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes valorando la calidad técnica y científica de los artículos realizarán la correspondiente selección.
4. Los manuscritos se revisarán anónimamente. Con el fin de mantener dicho anonimato, en la primera página del texto sólo aparecerá el título del trabajo sin los nombres de los autores. Estos y sus filiaciones aparecerán en una hoja previa encabezada por el título. Los autores procurarán que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
5. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 folios incluidas figuras, tablas e ilustraciones, a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha. En una hoja se incluirá un resumen (en español e inglés), no superior a 150 palabras. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo definitivo como deseen que aparezcan, y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto. Los gráficos se presentarán en blanco y negro o en escala de grises.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica
a) Título, autores e institución a la que pertenecen, con la dirección del primer autor
b) Resúmenes en castellano e inglés. c) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión 5) Referencias bibliográficas. Se utilizarán un máximo de 7 palabras clave.
7. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2001, 5ª edición).
8. Los artículos se remitirán a la Redacción de la Revista; Se enviarán tres copias escritas y disco o correo-electrónico (Microsoft Word para Windows). Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos en un plazo aproximadamente de 3 meses aquellos no aceptados. Eventualmente la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor. Nunca los manuscritos serán devueltos a los autores.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista *Salud y Drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

10. Se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.

Salud y Drogas

Instituto de Investigación en Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Campus Universitario de San Joan d'Alacant
Ctra. n-332 s/n. San Joan d'Alacant
03550- Alicante- España



Boletín de Suscripción



Dirección de envío: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____ n°: _____ Piso: _____ Plaza: _____

Población: _____ D.P.: _____ Prov. _____ País. _____

Datos Profesionales: _____ Especialidad: _____

Titulación Académica: _____ Cargo: _____

Centro de Trabajo: _____

Actividades profesionales privadas: _____

Suscribirme a la REVISTA SALUD Y DROGAS: _____

Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Carretera Valencia, s/n 03550 San Juan (Alicante)
Teléfonos: 965 919 319/43 Fax: 965 919 566
Web [http:// inid.umh.es](http://inid.umh.es) e-mail: inid@umh.es

