

---

*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 dificilmente 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).

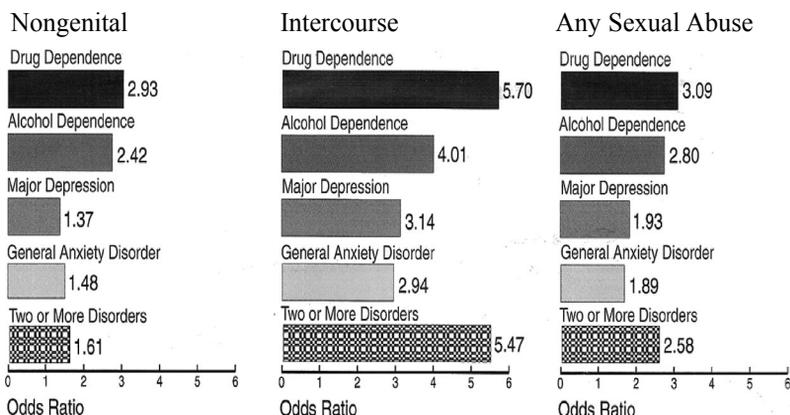
El equipo del doctor Keneth Kendler analiza en su artículo en el que estudió a una cohorte de mujeres que presentan psicopatología y/o adicción, la probabilidad que presentan diferentes tipos de abuso sexual en la infancia con el desarrollo de estas patologías. Los resultados son muy preocupantes sobre 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.

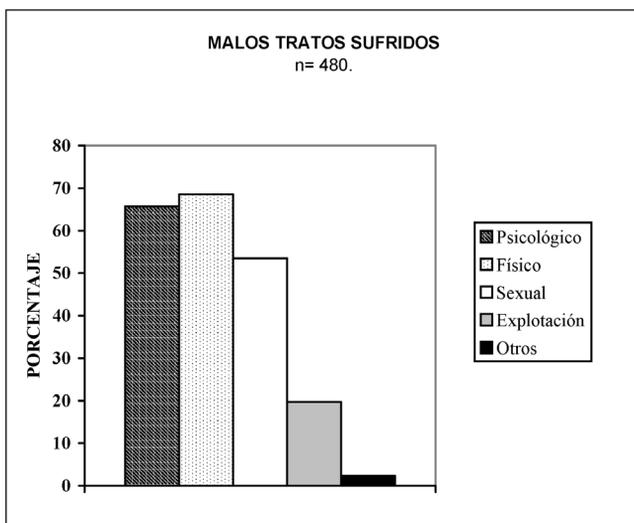
Poder planificar estrategias que mejoren la evolución de la mujer adicta contemplando el abuso sexual y los malos tratos como un factor de riesgo y mal pronostico.

### 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.

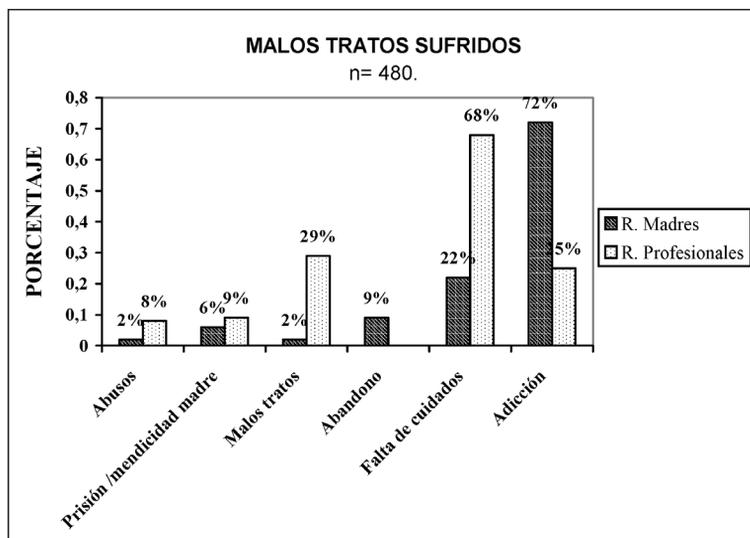
### Recomendaciones

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 si misma "capaz" (Ettorre, 1998).

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

Ignorar la gran prevalencia de abusos sexuales y de trastornos por estrés postraumático 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 ls D.G. sanlo de la Comisión Europea y con la Red de transtornos Adictvos 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<sup>e</sup> 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 heroínómanas, 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 Socidrogalcohol, 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**