

---

IDENTIDAD DE GÉNERO Y ABUSO DE DROGAS.  
ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL USO DE  
DROGAS ILEGALES ENTRE LAS MUJERES EN LA  
COMUNIDAD VALENCIANA<sup>1</sup>

---

Dña. Agurtzane Castillo Aguilera<sup>1</sup>, Dr. D. Juan José Llopis Llacer<sup>2</sup>,  
Dña. Montse Rebollida. Gómez<sup>3</sup>, D. Cesáreo Fernández Gómez<sup>4</sup>,  
Dra. Teresa Orengo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, IREFREA. *Socidrogalcohol*; <sup>2</sup>Universitat Jaume I. *Socidrogalcohol. Unidad de Conductas Adictivas Área 02*; <sup>3</sup>Psicóloga, IREFREA, *Asociación AVANT. Socidrogalcohol*; <sup>4</sup>Psicólogo Investigador IREFREA;  
<sup>5</sup>Unidad de Conductas Adictivas, Valencia.

---

RESUMEN

---

**Introducción:** La escasez de estudios que analizan la relación entre género y adicción ha contribuido a definir un sesgo en el diseño y aproximación a las toxicomanías: el llamado sesgo de masculinización del perfil de los adictos. La especificidad de la adicción entre las mujeres no es tenida en cuenta en ninguno de los distintos enfoques del fenómeno adictivo.

**Objetivos:** Conocer las características de las mujeres adictas a drogas ilegales que demandaron tratamiento en los centros públicos de la Comunidad Valenciana durante 2002.

---

1 Investigación desarrollada por Socidrogalcohol en la Comunitat Valenciana. Subvención de la Direcció General de Drogodependències. Conselleria de Benestar Social. BI 13/02 Generalitat Valenciana.

**Metodología:** Estudio epidemiológico transversal de una muestra de 50 mujeres adictas policonsumidoras cuyas drogas principales de consumo son los opiáceos o los psicoestimulantes con análisis descriptivo de los resultados.

**Resultados:** Las mujeres adictas estudiadas presentan características que las diferencian sustancialmente de los hombres adictos: precariedad económica y laboral, elevada incidencia (muy superior a la esperada de V.I.H, Hepatitis ETS, porcentajes elevados de abortos y alta incidencia de intentos de suicidio y malos tratos.

La pareja masculina adicta es determinante como motivación al consumo, como efector directo de ese consumo y también como factor de recaída. Así mismo es el principal actor de los malos tratos recibidos por la mujer toxicómana. .

El embarazo tiene una repercusión positiva sobre la adicción ya que provoca un descenso en el consumo o el inicio del tratamiento.

**Palabras Clave:** Drogodependencias, Identidad de Género, Mujer , Embarazo.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La adicción a droga entre las mujeres es una patología que ha tenido baja repercusión en la investigación en drogodependencias. Con toda probabilidad la escasa productividad científica en este tema no es debida a una falta de interés de los investigadores, sino a la dificultad para conseguir muestras lo suficientemente importantes como para poder estudiar con un mínimo de representatividad la incidencia y características de la drogodependencia en el sexo femenino. (Allen, K., 94).

Lo habitual ha sido estudiar poblaciones clínicas mixtas en las que predominan los hombres con tan baja representación de mujeres que sus datos acaban perdiéndose entre los intrincados procedimientos de análisis estadístico de las variables siendo, finalmente, despreciados por no alcanzar significación estadística. Si analizamos los datos tanto de las últimas memorias del PND como del Observatorio Europeo de la Droga vemos que la representación de mujeres entre las muestras de drogodependientes no supera en el mejor de los casos el 20%, siendo en muchos países inferior al 17% (PND, 02;OEDT 01).

Este es un sesgo que en anteriores investigaciones hemos denominado

*“Efecto de Masculinización del perfil del adicto”* (Llopis, J.J, Rebollida, M. 02). El resultado es la difusión de un perfil del adicto que se corresponde exclusivamente con el del adicto de sexo masculino. A partir de ahí el diseño de programas de prevención y también de intervenciones terapéuticas no tiene en cuenta las características de la mujer drogodependiente con lo que la eficacia de estas intervenciones queda muy limitada al no contemplar los aspectos diferenciales del género. Estas circunstancias ya fueron señaladas por el informe del NIDA de 1994: *“Women and drug abuse”*, y posteriormente han venido siendo constatadas en diferentes trabajos Internacionales: Blume, S.B. (1994); Lye, D.; Waldron, I. (1998); Stocco et al (00).

Ya hace más de 30 años los primeros autores en estudiar a las mujeres toxicómanas señalaron el papel homogeneizador de la adicción *“Previamente al consumo de drogas existen diferencias de actitudes y conductas entre géneros, pero la droga en si misma es un gran homogeneizador de puede ser la causante de muchas de las características uniformes de los adictos”*. (Ellinwood et al 1966). De acuerdo con esta afirmación posiblemente las diferencias de género son marcadas antes del inicio de la adicción y durante la evolución de la misma. La cronicidad y el estilo de vida ligado a la drogodependencia serían factores que actuarían homogeneizando el perfil de las adictos/as.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En nuestro constructo teórico partimos de la Hipótesis de la diferencia de género en el desarrollo de la adicción en relación a las mujeres. Las circunstancias socioculturales y las relaciones personales en que se desarrolla la adicción a drogas en la mujer revisten diferencias significativas respecto del hombre adicto. Esas diferencias en el desarrollo de la adicción confieren una mayor gravedad tanto a nivel de salud como en el ámbito laboral y familiar, por lo que es necesario tenerlas en cuenta a la hora de diseñar programas de tratamiento y especialmente de prevención en el ámbito de las drogodependencias.

### OBJETIVO GENERAL

Pretendemos conocer las características diferenciales que presenta el desarrollo de la adicción en las mujeres describiendo aquellos factores con especial importancia en su inicio, mantenimiento y en las consecuencias a diferentes niveles

El conocimiento de estas características junto con una futura revisión de los diversos programas de intervención en los que ha sido atendida la población femenina adicta permitirá proponer premisas y modelos que mejoren los aspectos preventivos de la adicción teniendo en cuenta la idiosincrasia del genero, reducir las consecuencias del consumo de drogas en las mujeres e incrementar, al mismo tiempo, la eficacia de los tratamientos.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las características del abuso/dependencia de drogas entre las mujeres que demandan tratamiento en la red asistencial de la Comunitat Valenciana.
- Describir los factores que acompañaron al inicio y posterior desarrollo de la conducta adictiva en la mujer.
- Obtener una aproximación a el grado en el que la adicción repercute en las diferentes áreas (laboral, sentimental, maternidad, legal, familia, salud física...).
- Identificar el perfil de la mujer adicta a drogas.
- Elaborar un informe final que se distribuya entre los diferentes estamentos de gestión de drogodependencias y servicios que intervienen en este campo para redundar en una mejora de las intervenciones con mujeres adictas.

### **MUESTRA**

La población diana en el trabajo de campo son mujeres consumidoras de drogas ilegales con edades comprendidas entre los 18 y 40 años que realizan demanda de tratamiento en las U.C.A.s de la Comunidad Valenciana durante el año 2002:

- Mujeres con consumo de opiáceos que reciban tratamiento por abuso o dependencia.
- Mujeres consumidoras de psicoestimulantes (cocaína o anfetaminas y derivados) con problemas de abuso o dependencia.
- Mujeres politoxicómanas que demandan cualquier modalidad de tratamiento.

Tamaño de la muestra: determinado teniendo en cuenta las hipótesis a contrastar y los requisitos necesarios para alcanzar un poder estadístico adecuado en base a la representación de población femenina en las muestras de drogodependientes (de 1:4 a 1:6). Se estima una muestra total con un tamaño mínimo de 50 sujetos para el estudio de campo.

---

## METODOLOGÍA

---

Estudio epidemiológica de tipo transversal con selección aleatoria de la muestra dentro de la población femenina atendida en unidades de conductas adictivas de la Comunidad Valenciana. Con los resultados obtenidos hemos realizado un análisis descriptivo estadístico.

La Variable de Selección: mujeres de 18 a 40 años con diagnóstico de abuso/dependencia a sustancias ilegales que demandan tratamiento.

---

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

---

La Muestra se compone de cincuenta mujeres seleccionadas al azar entre aquellas con abuso de sustancias que solicitaron tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas de Castellón, Valencia, Manises, Xativa, Alcoi, Denia y Alicante.

La Edad Media de la muestra es de 27 años, con valores que oscilan entre los 18-39 años.

### VARIABLES SOCIOLABORALES

En cuanto al Nivel Educativo encontramos que en su mayoría no tienen cualificación académica superior. En los porcentajes acumulados se puede observar que algo menos de la mitad de la muestra posee como máximo el Graduado Escolar y el 20 % únicamente finalizó estudios primarios . En orden ascendente, se observa que el 77,1% de la muestra no ha finalizado educación secundaria (Bachillerato / F.P. II), siendo la representatividad de estudios superiores (C.O.U., F.P. II, Diplomaturas/Licenciaturas universitarias) del 17,2%.

En la población femenina de la Comunidad Valenciana también predominan los niveles educativos más bajos con los mayores porcentajes en Estudios Primarios (38,8%) y Sin Estudios (C. SANIDAD 02). Respecto de las demandas de tratamiento a nivel de todo el Estado Español durante el 2000 la distribución porcentual es similar a la de nuestra muestra pero con mayor porcentaje en aquellos que no obtuvieron el graduado escolar (50,1%) (PNSD 02).

**NIVEL EDUCATIVO DE LA MUESTRA. Tabla n° 1**

	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
Primarios	20,0	20,0
G.Escolar	25,7	45,7
Sin finalizar EGB / BUP / ESO	11,4	57,1
Sin finalizar COU / FP	11,4	68,6
FP1	8,6	77,1
COU / FP2	11,4	88,6
Inició est. universitarios	2,9	91,4
Licenciada / Diplomada	2,9	94,3
Otros	5,7	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

Valorando las redes sociales de la adicta, en lo que respecta al Estado Civil la mitad de la muestra es soltera, llamando la atención que tan solo el 4% estén casadas así como el alto porcentaje de rupturas legales de la relación matrimonial (24% separadas). El 12% percibe su situación de convivencia con pareja como una relación estable equiparable al rango de Estado Civil.

**ESTADO CIVIL. Tabla n° 2**

	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
Casada	4	4
Separada / divorciada	24	28
Soltera	52	80
Con pareja	12	92
Viuda	4	96
Otra situación	4	100,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	

El Núcleo de Convivencia se sitúa en el domicilio paterno en el 45% de los casos (recordamos que la media de edad muestral es de 27 años), y algo más de la tercera parte de ellas vive con la pareja. Este dato que parece incongruente con los hallados en ítem anteriores, lo que muestra es la tendencia de las mujeres adictas a establecer relaciones de pareja aunque ellas mismas no las consideren como relación estable y por lo tanto no lo conciben como su estado civil lo que es determinante en cuanto a la percepción de futuro en las relaciones afectivas y el apoyo que de éstas se deriva. Por otra parte debemos tener en cuenta el sesgo que, tanto a nivel social como legal ofrecen en nuestra sociedad los conceptos de pareja de hecho frente a estado civil (*Gráfica n° 1*).

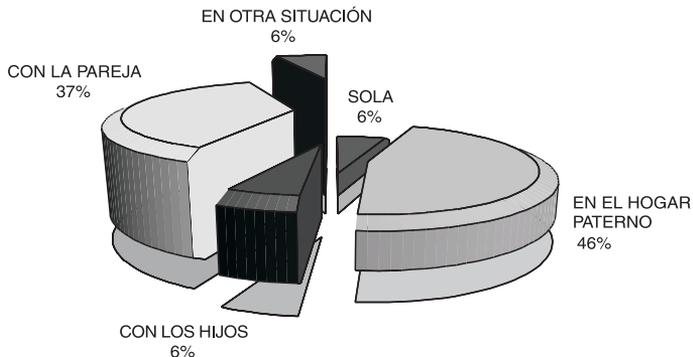
En cuanto a su Situación Laboral, tan solo un 30% de la muestra la define como estable, un 37% de las encuestadas alterna periodos de estabilidad laboral con periodos precarios y una cuarta parte la califica simplemente de precaria. Si comparamos con los datos del informe de el O.E.D. referido a demandas de tratamiento en el año 2000, la representación de una situación laboral que podríamos considerar estable alcanza el porcentaje es del 35,9, ligeramente superior a nuestros resultados (31,4%).

Donde las diferencias son llamativas y también reveladoras es en el apartado de situación laboral muy precaria en la que nuestros resultados son tres veces superiores al 8,1% de adictos en situación de desempleo y sin trabajo previo que iniciaron tratamiento en el año 2000 en España (PNSD 02). En este punto cabe destacar que la mitad de aquellas que califican su situación como precaria, atribuyen dicha condición a su toxicomanía (*Gráficas n°2 y n°3*).

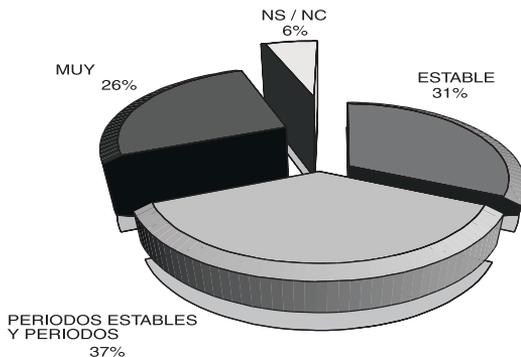
Si analizamos los porcentajes referidos a la Profesión que desempeñan, encontramos una amplia variedad de puestos, abundando aquellos para los que no se requiere preparación específica previa ni cualificación profesional. En la gráfica N° 4 aparecen los porcentajes obtenidos por cada una de las categorías tipificadas en el cuestionario que se le administró a la muestra, destacando la categoría de obreras sin cualificar.

Dada la alta representatividad de la categoría "Otros" (48,9%), en la tabla número 3 se encuentra el desglose de las respuestas abiertas obtenidas en dicha categoría. De nuevo vemos como la mayor parte de las adictas desempeña trabajos para los que no se precisa cualificación. Si exceptuamos un 8,7% que trabaja como peluquera, auxiliar de clínica o secretaria el resto de mujeres de la muestra desempeña trabajos precarios, sin estabilidad y mayoritariamente sin relación contractual.

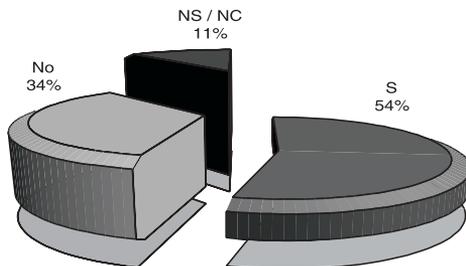
**GRÁFICA 1. Núcleo de Convivencia**



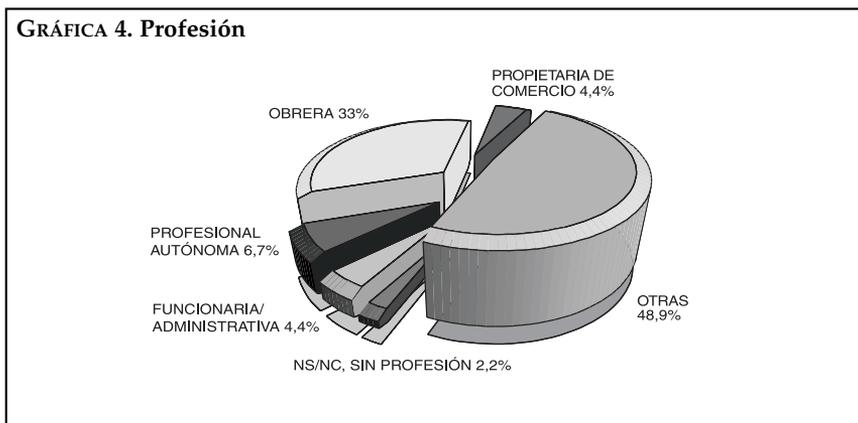
**GRÁFICA 2. Situación laboral de la muestra**



**GRÁFICA 3. Precariedad laboral debido a la toxicomanía**



**GRÁFICA 4. Profesión**



La importancia de estos datos se evidencian cuando trascendemos a la esfera de la economía y su relación con la capacidad de decisión. Las condiciones de las mujeres adictas estudiadas no garantizan una situación de estabilidad a corto o largo plazo e implica que estas mujeres no poseen suficiente autonomía como para poder realizar un cambio vital en el que abandonen, además de las drogas, otras conductas dependientes (Gráfica nº 4).

**OTRA PROFESIÓN. Tabla nº3**

	Porcentaje
Auxiliar de clínica	2,9
Trabajo en un Bingo	2,9
Cocinera	2,9
Estudiante	2,9
Hostelería	2,9
Limpiadora	2,9
Niñera	2,9
NS /NC	5,7
Peluquera	2,9
Secretaria	2,9
Servicio doméstico	11,4
Sin cualificación profesional	5,7

Respecto a la Integración Laboral, la muestra no ha tenido la impresión de ser tratada de manera diferente en relación a los otros compañeros de trabajo en el 77,7% de los casos. El 22,8% de aquellas que se han sentido discriminadas en alguna ocasión presentan motivos de lo más variado, sin que se observen porcentajes elevados en ningún ítem en concreto, ni siquiera en la posible discriminación derivada de la adicción o del deterioro en el aspecto físico que esta adicción provoca.

### SENTIMIENTOS DE DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO.

Tabla nº 4

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si, a menudo	14,3	14,3
Si, a veces	8,5	22,8
No	60,0	82,2
NS / NC	17,2	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

### VARIABLES DE CONSUMO

En cuanto a la Edad de Inicio en el Consumo de Drogas la media muestral es de 17 años, con valores mínimos y máximos de 11 y 30 años respectivamente. Retomando la edad media de inicio del tratamiento (24 años) podemos observar que la evolución de la conducta adictiva desde el inicio en el consumo hasta la demanda de tratamiento es de unos 7-8 años, evolución bastante más breve de la que se observa en el informe del OED referidos a población drogodependiente general en el año 2000 (DGPNSD 02). Con toda seguridad, esta diferencia obedece a la tendencia a la masculinización de los perfiles descriptivos de los adictos que sesga los resultados del OED.

En la mitad de los casos dicha Iniciación (graf. 5) se produjo en compañía de la pareja masculina, y en un 31% de los casos en compañía del grupo de amigos a diferencia de las muestras generales de adictos en el que la iniciación suele ser principalmente grupal como ya mostramos en

anteriores estudios (Llopis, 97; Stocco et al 00). Esta diferencia en la iniciación de las mujeres adictas también ha sido señalada por diversos autores, destacando en el caso de las mujeres la importante relación entre inicio de la adicción y sucesos vitales estresantes (Miller 97) (*Gráfica n° 5*).

La curiosidad del Inicio del Consumo de sustancias es variada, presentando los porcentajes que a curiosidad n se recogen. Destacamos en este punto la influencia del medio (“identificación con el grupo de iguales” e “identificación con la pareja”) en dicho inicio, superando las motivaciones intrínsecas (“curiosidad” y “evasión de los problemas”), dato importante si tenemos en cuenta que las circunstancias más frecuentemente relacionadas con el motivo al inicio del consumo entre población drogodependiente son la presión del grupo y la curiosidad (*Gráfica n° 6*).

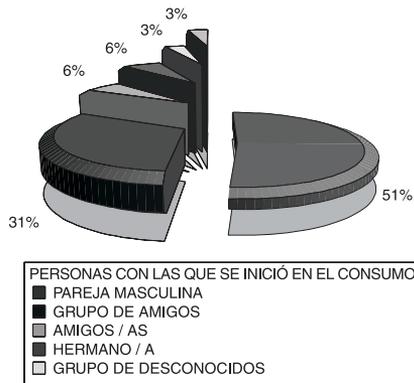
La Influencia determinante de la pareja en el inicio del consumo de sustancias que se observa en la gráfica y tabla anteriores se hace patente en los datos que a continuación presentamos. En un 66% de los casos, en el momento de iniciar el consumo de sustancias la pareja era consumidora (*Gráfica n° 7*).

Al respecto de la influencia de la pareja en el inicio del consumo de drogas (graf. 8), el 83,4% de las mujeres afirma que su pareja influyó totalmente o en parte en dicho inicio. Este dato se considera importante teniendo en cuenta que las circunstancias más frecuentes relacionadas con la motivación de inicio del consumo son la presión de grupo y la curiosidad con lo que podemos concluir que la presencia de una pareja con toxicomanía es determinante en el inicio del consumo por parte de las mujeres que desarrollan adicción. Deberíamos plantearnos que éste es un factor de riesgo a valorar siempre que realicemos una intervención sobre las conductas adictivas, ya sea ésta preventiva o asistencial (*Gráfica n° 8*).

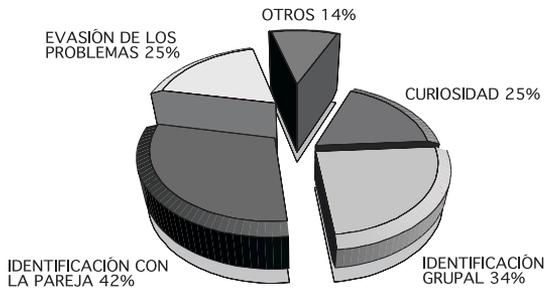
La Edad Media en la que se produce el primer contacto con un centro de atención a drogodependencias es de 24 años, siendo los valores mínimos y máximo de 17 y 38 respectivamente. En este punto retrocedemos en los datos para señalar que la edad media de inicio en el consumo era de 17 años, lo que indicaría un periodo medio en la evolución de la conducta adictiva de 7 años desde el inicio de consumo de la sustancia hasta el momento en el que se solicita el tratamiento de la adicción y, por lo tanto, una importante demora en solicitar tratamiento. En este punto convendría preguntarse el porqué de esta demora y si tiene algún tipo de relación con la existencia habitual de una pareja adicta.

En todo caso la mujer adicta solicita tratamiento más rápido que el hombre tal y como señala el informe de la D.G. en Drogodependencias

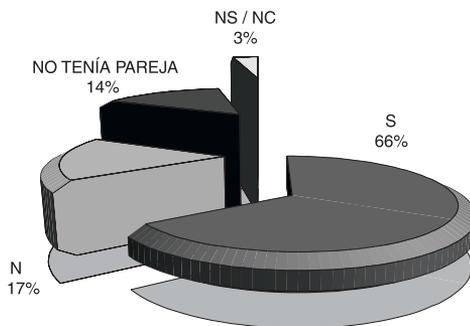
**GRÁFICA 5.**



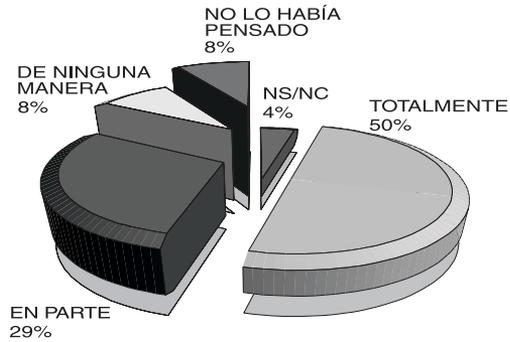
**GRÁFICA 6. Razón del inicio de consumo de sustancias**



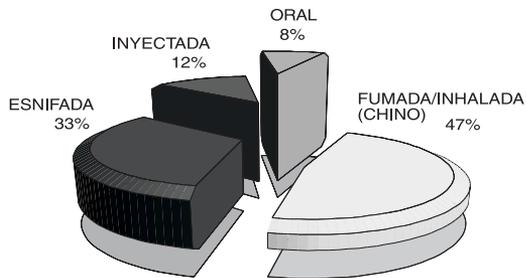
**GRÁFICA 7. La pareja de entonces abusaba de drogas**



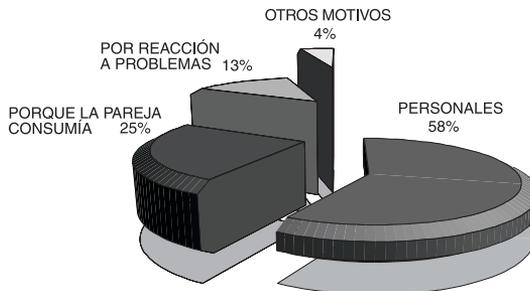
**GRÁFICA 8. Influencia de la pareja en el inicio del consumo**



**GRÁFICA 9. Vía de iniciación en las drogas "duras"**



**GRÁFICA 10. Motivos de la recaída**



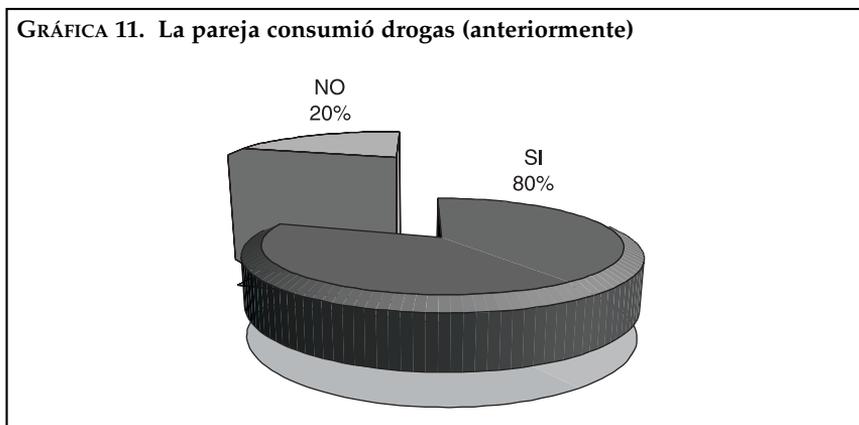
de la Generalitat Valenciana (D.G.D. 01) en el que los varones heroínómanos tardan unos 10 años de media en iniciar tratamiento y los cocaínómanos alrededor de 6 años. También encontramos en esta misma diferencia al comparar con la población drogodependiente española (P.N.S.D 02) con una media de 10 años de demora en iniciar tratamiento. De nuevo nos encontramos con una masculinización de los datos de la población adicta global.

La Vía de inicio principal en las drogas duras es la heroína y/o cocaína fumada / inhalada, alcanzando casi la mitad de los casos, seguida de la cocaína esnifada, inyectada y oral en los porcentajes que se muestran en el histograma siguiente (*Gráfica nº 9*).

El 65% de la muestra ha realizado Tratamientos Previos con anterioridad, recayendo nuevamente tiempo después. Los motivos de las recaída (graf. 10) son fundamentalmente personales, destacando que en la cuarta parte de las mujeres la recaída se produjo porque su pareja estaba consumiendo en ese momento (*Gráfica nº 10*).

#### AFFECTIVIDAD Y MATERNIDAD

Respecto a la Situación Afectiva el 64% de las mujeres que participan en el estudio tiene una relación de pareja y la mitad de esa relación de pareja es nueva, lo que confirma la tendencia a establecer sucesivas relaciones de pareja que reflejaba el ítem anterior apoyando la inestabilidad de esas relaciones. En el 80% de estos casos dicha Pareja ha Consumido Drogas en algún momento (*Gráfica nº 11*).



No se observa Promiscuidad en el 80% de los casos (una o ninguna pareja sexual en los últimos seis meses) (*Gráfica n° 11*).

**SITUACIÓN AFECTIVA ACTUAL. Tabla n° 5**

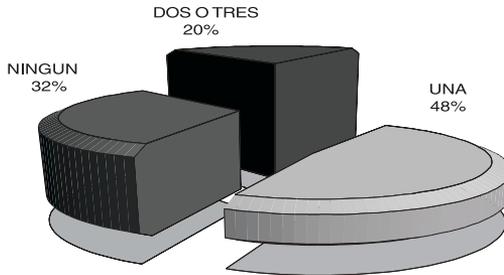
	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nueva pareja masculina	52	52
Pareja femenina	4	56
Marido	8	64
Nadie	36	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	

En lo referido a la Maternidad el 57% de la muestra no tiene hijos, aunque hay que considerar un segundo dato junto a este porcentaje. El dato al que hacemos referencia es la alta tasa de Abortos observada en las respuestas de las participantes del estudio (*Gráfica n° 12*), cifra que alcanza el 50,2%. Destacamos que dicho porcentaje es muy superior a las cifras de abortos practicados en población general durante el año 2000 en la Comunidad Valenciana, cifra que alcanza al 6.3% de la población femenina de la Comunidad Valenciana (datos de la Dirección General de Salud Pública y Fomento, del Ministerio de Sanidad, [www.bioetica-web.com](http://www.bioetica-web.com) 02).

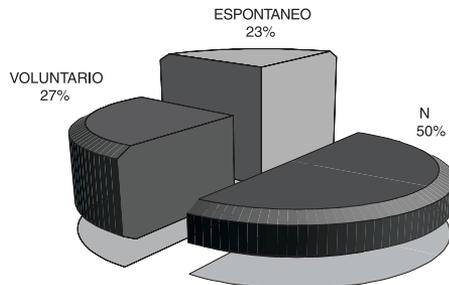
**NÚMERO DE HIJOS. Tabla n° 6**

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	57,1	57,1
1	25,7	82,9
2	11,4	94,3
4	2,9	97,1
5	2,9	100,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	

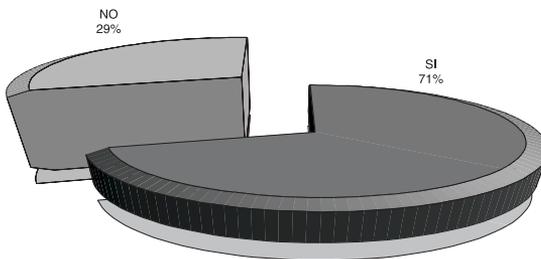
**GRÁFICA 12. Parejas sexuales en los últimos meses**

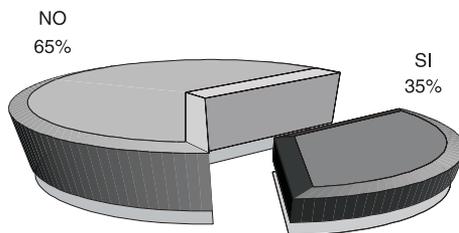


**GRÁFICA 13. Historia de Abortos**



**GRÁFICA 14. Consumo antes del embarazo**



**GRÁFICA 15. Consumo después del embarazo**

La influencia del embarazo sobre el consumo de sustancias parece ser positiva, dados los porcentajes de consumo antes y después del mismo tal y como podemos ver reflejado en las *gráficas 13 y 14*. Así, se da un descenso en el consumo del 70,6% inicial al 35,3% después de quedar embarazada, quedando la cifra reducida a casi la mitad de los casos. Este “efecto terapéutico” del embarazo también ha sido señalado en estudios como la Encuesta Nacional sobre Embarazo y Salud en EEUU (NIDA 97) en la que encontraron una disminución del consumo desde 3 meses antes de embarazo y durante todo el periodo de gestación, señalando que a pesar del descenso en el consumo no se producía el abandono total del uso de drogas.

En lo referido al estado de salud (*Gráfica 15*), observamos porcentajes bastante altos en categorías de enfermedades crónicas como el VIH (25%) y la hepatitis C, además de incidencias igualmente elevadas en diferentes categorías, principio no tan alarmantes dado el mejor pronóstico que éstas tienen siempre que sean diagnosticadas y tratadas correctamente y a tiempo. El problema es que nos referimos a diferentes Enfermedades de transmisión sexual de repetición en la que la adicta o no recibe tratamiento o no lo cumple adecuadamente, cronificando la patología y actuando como un vínculo de transmisión constante entre los adictos. Deberíamos añadir a ésto grave riesgo a degenerar en cáncer genital que tienen las ETS crónicas. De nuevo nuestra muestra de mujeres presenta una incidencia muy superior en infección por VIH a la señalada en el último informe del OED que es del 14,8% de los pacientes que iniciaron tratamiento en el 2000 infectados por el VIH.

Si comparamos con los datos del Sistema de Información sobre Drogodependencias Valenciano, el 28,3% de los heroinómanos y el 9,3% de los

cocainómanos que inician tratamiento son V.I.H positivos. Aquí hay que destacar que entre los hombres cocainómanos el porcentaje de seropositividad al V.I.H tan solo fue del 0,8% (D.G.D 2001). El porcentaje de adictos que iniciaron tratamiento en todo el Estado español durante el año 2000 con positividad al V.I.H. (14,8%) es bastante inferior al de nuestra muestra, aunque los datos del OED no permiten amplias comparaciones. Pensamos que esta diferencia obedece al sesgo provocado por el predominio de varones y la ignorancia del género en los análisis oficiales, sesgo de masculinización de la muestra que ya venimos señalando reiteradamente en anteriores estudios.

En relación a las hepatitis el 36,7% de las mujeres heroínómanas y el 12,1% de las cocainómanas en la red pública de la Comunidad Valenciana sufría Hepatitis C. De nuevo las mayores diferencias en género se observan en la adicción a cocaína, donde el porcentaje de hombres seropositivos a Hepatitis C (5,1%) es inferior a la mitad de las mujeres.

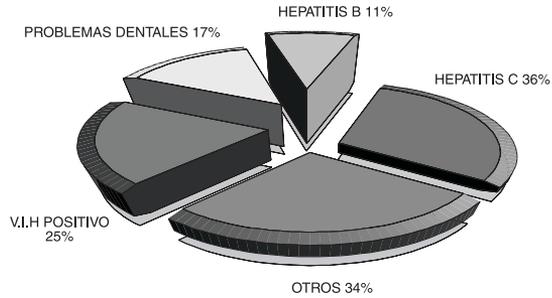
## ÁREA LEGAL

En la dimensión legal (*Gráficas 16 a 19*), observamos que aunque solo un 14% de la muestra tiene causas pendientes con la justicia, dicha cifra crece al preguntar si han tenido problemas judiciales con anterioridad, alcanzando el 58% de los casos. Dichos problemas judiciales han tenido como consecuencia el internamiento en prisión para el 33,3% de las mujeres encuestadas. Porcentaje muy elevado en el caso de mujeres ya que habitualmente su participación se circunscribe a un papel de acompañante del hombre adicto en la comisión del delito o todo lo más a protagonista en delitos menores que no suelen acabar en presidio (Gañan y Gordón 01). Entre las mujeres adictas a todo tipo de droga que iniciaron tratamiento en la Comunidad Valenciana un 17% había ingresado en prisión (DGD 01), resultado muy inferior al nuestro.

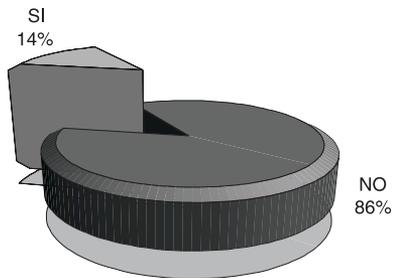
Según un estudio sobre mujeres reclusas (Gañan y Gordón 01) el 52% de toda la población reclusa femenina es drogodependiente. La mayor presencia se da entre las mujeres heroínómanas. Una de cada cinco heroínómanas tiene procesos judiciales pendientes de sentencia mientras entre las heroínómanas las causas pendientes de sentencia no llegan al 5% (DGD 01), datos superiores en estos casos a los de nuestro estudio.

En cuanto a los intentos de suicidio (*Gráfica 19*) vemos que el 41% de la muestra ha intentado suicidarse al menos una vez (en casi el 15% se trata de múltiples intentos a lo largo de su vida). Este dato nos habla del disconfort vital que arrastran las mujeres adictas y posiblemente también

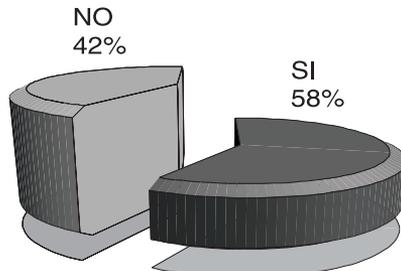
**GRÁFICA 16. Problemas de Salud**



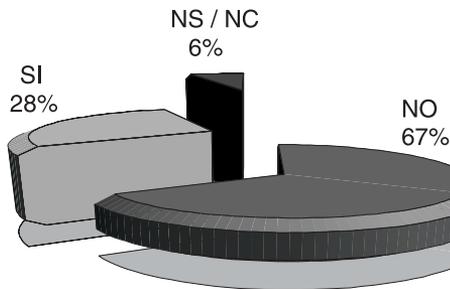
**GRÁFICA 17. Causas pendientes con la justicia**



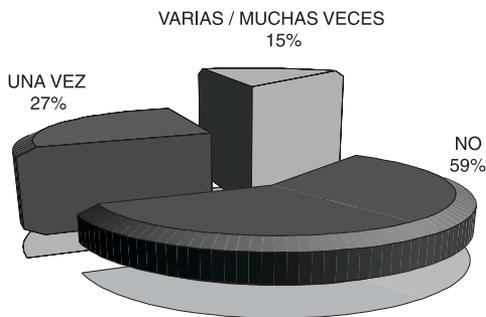
**GRÁFICA 18. Problemas judiciales anteriormente**



GRÁFICA 19. Ha estado en prisión



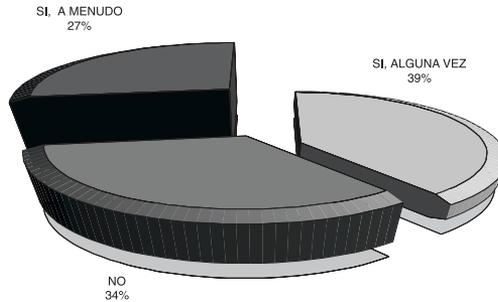
GRÁFICA 20. Intentos de suicidio



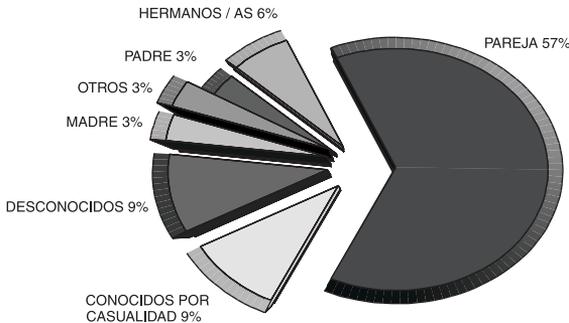
nos está mostrando una posible psicopatología subyacente por lo que sería muy interesante averiguar si este disconfort que les lleva al intento de suicidio ya existía previamente a la adicción o se ha ido desarrollando a medida que progresa esta última, de forma que aclaráramos si se trata de una patología dual o una psicopatología previa al consumo.

Finalmente y en lo que se refiere a la incidencia de malos tratos, vemos como el 62,9% de ellas los han sufrido en algún momento de su vida. Dichos malos tratos han sido llevados a cabo principalmente por su pareja (57%) y, en menor medida por personas conocidas por casualidad y desconocidos (9% en cada una de las categorías), hermanos (6%), padre, madre y otros (3%). Un estudio del instituto de la mujer del año 1999 revela

**GRÁFICA 21. Malos tratos**



**GRÁFICA 22. Persona/as que me han maltratado**



que el 12,4% de la población femenina sufre malos tratos, de ellas un 70% los ha sufrido de manera habitual, (Mingote, 03), con lo que entre las mujeres de nuestra muestra se quintuplica la incidencia de malos tratos respecto de los casos de población general. No obstante, debemos destacar que en el mismo informe se reconoce que únicamente se denuncian entre un 10% y un 30% de los casos reales (Gráfica nº 20 y Gráfica nº 21).

De nuevo, los resultados hallados en nuestro estudio son alarmantes y superiores a los que presentan mujeres no adictas, circunstancia que ya señala la mayor parte de los estudios (Miller 97, NIDA 01, Llopis et al 02). Otro dato relevante es la elevada presencia de desconocidos o prácticamente desconocidos entre los maltratadores de las mujeres adictas cuan-

do en población general esta circunstancia no suele ocurrir y los malos tratos provienen del entorno inmediato de la víctima.

De hecho, si comparamos con los datos oficiales de la población femenina de la Comunidad Valenciana (C.Sanidad 02) la diferencia es sorprendente. El 3,6% de las mujeres de cualquier edad han sido víctimas de malos tratos, de ellas el 19,8% habían sido maltratadas de forma habitual y el 21,1 % esporádicamente. Una diferencia con nuestra muestra es que entre la población general femenina valenciana la mayor incidencia de en de malos tratos se produce en el grupo de edad e 45 a 65 años con niveles de estudios medios y superiores. Pensamos que esta diferencia obedece al sesgo introducido porque los datos oficiales corresponden a las denuncias por malos tratos y obviamente las mujeres drogodependientes no son la población que suele presentar denuncias por este tema. Coinciden con nosotros en que el sector de mujeres de población general con mayor porcentaje de malos tratos es el que se corresponde con aquellas de menores ingresos económicos.

## CONCLUSIONES

---

1. Las mujeres drogodependientes viven una situación de precariedad laboral y económica que fomenta la dependencia relacional y dificulta la toma de decisiones.

2. Las diferencias entre géneros son muy acusadas en las circunstancias que rodean el inicio en el consumo de drogas. Para la mujer adicta es determinante la presencia de pareja masculina previa que actúa como motivación y también como facilitador del consumo inicial. Esta influencia determinante se repite cuando vemos que la principal causa de recaídas entre las adictas es la circunstancia de que su pareja masculina siga consumiendo drogas.

3. Las mujeres drogodependientes presentan alta incidencia de abortos, diez veces superior a la de población general, así como una alta repercusión del consumo sobre su salud especialmente elevada en V.I.H, Hepatitis C y sobre todo Enfermedades de Transmisión Sexual.

4. El elevado porcentaje de enfermedades de transmisibles es muy significativo entre las mujeres ya que se agrava por la promiscuidad sexual, el escaso uso de preservativos que hacen y su tendencia a repetir relaciones de pareja con varones adictos.

5. Las adictas presentan graves problemas de estabilidad anímica con incidencia de intentos de suicidio muy superior a la esperada entre la población femenina.

6. El embarazo entre las adictas suele repercutir positivamente sobre la conducta adictiva ya que la mayoría de ellas reducen el consumo o lo abandonan temporalmente al conocer su embarazo. Muchas de ellas inician tratamiento al conocerlo.

7. Destacar la también elevadísima incidencia de malos tratos entre los adictos, muy superior a los datos de población general, llevados a cabo principalmente por la pareja adicta pero también, curiosamente, por personas desconocidas.

8. Las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres adictas presentan especificidades que es preciso tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier aproximación a este fenómeno. Ignorar la especificidad de la adicción en la mujer al programar actuaciones preventivas, terapéuticas o de investigación es trabajar de espaldas al usuario sin atender a sus necesidades y con muy pocas perspectivas de éxito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, K. (1994): *"Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective"*. The International Journal of The Addictions 29 (4) pp. 429-444.
- Blume, S.B. (1994): *"Women and addictive disorders"*. American Society of Addiction Medicine. 1994, pp. 1-16.
- Conselleria sanitat (02): Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia 2002.
- Dirección General Drogodependencias (01): *"La atención a ala mujer drogodependiente en la Comunidad Valenciana"*. Informe no publicado D.G.D. Generalitat Valenciana.
- "El aborto en España. Datos definitivos hasta el año 2000"*. [www.bioeticaweb.com/Noticias/2002/aborto\\_2000.htm](http://www.bioeticaweb.com/Noticias/2002/aborto_2000.htm).
- Ellinwood et al (1966): *"Narcotic addictions in males and females a comparison"*. International Journal Addict, 1. pp. 33-41.
- Gañan, A y Gordón (01): *"La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios"*. Revista Proyecto N° 39, septiembre 2001. pp 3-8.
- Llopis Llacer J.J. (97): *"Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes: Un estudio con mujeres heroínomanas, su personalidad y evolución"*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- Llopis, J.J.; Rebollida, M. (2002): *Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de acti-*

- tudes.* en : I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. pp. 155-172. Edita Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2002.
- Lye, D. Waldron, I (1998): "*Relationships of substance use to attitudes toward gender roles, family and cohabitation*". J. Subst. Abuse 10 (2). 1998, pp. 158-189.
- Miller N.S, Gold M.S, and Smith D.E. (97): "*Treatment of addictive disorders in women*". Manual of Therapeutics for Adiccions. Wiley Liss, Inc., 1997. 352 p. (pp. 181-186).
- Mingote Adán J.C. (03): "*Violencia de género*". Atención Primaria y Salud Mental, Vol. 6, N°3, 2003. pp. 103-125.
- NIDA (97). "*El embarazo y las tendencias de uso de drogas*". [www.drugabuse.gov/infobox](http://www.drugabuse.gov/infobox).
- NIDA INFOFAX (01): "*Métodos de Tratamiento para la mujer*". 22/01/2001. [www.drugabuse.gov/infobox](http://www.drugabuse.gov/infobox).
- Observatorio Español sobre Drogas DGPNSD: Informe n°5, junio de 2002. Ministerio del interior, delegación del gobierno para el PND.
- OEDT (01): "*Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea 2001*". Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Lisboa 2001.
- Stocco P., Llopis J.J. De Fazio L., et al (00): "*Women drug abuse in Europe: gender identity*". IREFREA & European Commission, Valencia, 2000.