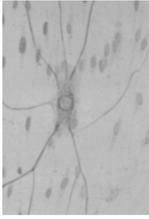


# Salud y drogas

|  |     |  |     |
|--|-----|--|-----|
| 1. Editorial   | 151 | 4. Artículos de revisión   |     |
| 2. Cartas al director  |     | El sida en internet: Una guía de recursos en España  |     |
| Prevalencia del tabaquismo entre la población española   |     | <i>José Pedro Espada Sánchez</i>   |     |
| <i>José Manuel Ortín Arroniz</i>   | 157 | <i>María José Quiles Sebastián</i>   |     |
| 3. Originales  |     | <i>Fco. Xavier Méndez Carrillo</i>   | 247 |
| Hyperfemininity, HIV Risk Behavior, and Victimization Among College Aged Females   |     | 5. Investigadores noveles  |     |
| <i>TK Logan</i>  |     | Representación Social de la droga: Posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico |     |
| <i>Michele Staton</i>  |     | <i>Esther Gallego</i>  |     |
| <i>Carl Leukefeld</i>  | 161 | <i>Carlos van-der Hofstadt</i>   |     |
| Análisis del perfil de los adictos a Alcohol y Cocaína versus Cocaína y Alcohol. Aproximación a las distintas estrategias terapéuticas |     | <i>Cordelia Estévez</i>  |     |
| <i>Francisco Pascual</i>   |     | <i>Carmen López</i>  |     |
| <i>Carmen Cortell</i>  |     | <i>José A. García del Castillo</i>   | 275 |
| <i>M<sup>a</sup> José Hidalgo,</i>   |     | 6. Foro político   |     |
| <i>Alberto Sancho</i>  |     | La cuestion de la “droga” “Duérmete niño que viene el coco”  |     |
| <i>Elena Aranda</i>  | 183 | <i>José Luis López Hernández</i>   | 289 |
| Malos tratos sobre mujeres de la provincia de Valencia   |     | 7. Recensiones de libros   | 293 |
| <i>Miguel Ángel Torres</i>   |     |  |     |
| <i>Mary-Pepa García Más</i>  |     |  |     |
| <i>Montserrat Rebollida</i>  |     |  |     |
| <i>Raquel Valdés</i>   | 205 |  |     |



# Revista Salud y drogas

## DIRECTOR

José Antonio García Rodríguez  
Universidad Miguel Hernández

## SECRETARÍA

Cordelia Estévez Casellas  
Universidad Miguel Hernández

## CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz  
Medicina Psicoorgánica. (Bilbao)  
Francisco Javier Ayesta Ayesta  
Universidad de Cantabria.  
Ramón Bayés Sopena  
Universidad Autónoma de Barcelona.  
Elsardo Becoña Iglesias  
Universidad de Santiago de Compostela.  
Juan Vicente Benoit Montesinos  
Universidad Complutense de Madrid.  
Julio Bobes García  
Universidad de Oviedo.  
Enrique Echeburúa Odriozola  
Universidad del País Vasco.  
Eliot L. Gardner  
Albert Einstein College of Medicine. (USA)  
Carl G. Leukefeld  
University of Kentucky. (USA)  
Gerardo Marín  
University of San Francisco. (USA)  
Emiliano Martín González  
Plan Nacional sobre Drogas. (Madrid)  
Rafael Najera Morrondo  
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. (Madrid)  
César Pascual Fernández  
Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social  
Gobierno de Cantabria.  
Bartolomé Pérez Gálvez  
Director General de Drogodependencias  
Generalitat Valenciana.  
Alain Rochon  
Régie Régionale de L'Estriv. (Canadá)  
Jesús Rodríguez Marín  
Universidad Miguel Hernández.  
Merrill Singer  
Hispanic Health Council. (USA)  
José Ramón Varo Prieto  
Servicio Navarro de Salud.

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez  
Hospital Clínico Universitario de Valencia.  
Consuelo Guerri Sirena  
Instituto de Investigaciones Citológicas. (Valencia)  
Juan José Hernández Mico  
Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo  
Generalitat Valenciana.  
Carmen López Sánchez  
Universidad de Alicante.  
Rafael Maldonado  
Universidad Pompeu Fabra.  
Miguel Navarro García  
Universidad Complutense de Madrid.  
Miguel Ángel Ortiz de Anda  
Edex-Centro de Recursos Comunitarios. (Bilbao)  
Francisco Pascual Pastor  
Unidad Alcohología de Alcoy. (Alicante)  
Jesús Ángel Pérez de Arróspide  
Fundación Vivir sin Drogas. (Bilbao)  
Joaquín Portilla Sogorb  
Hospital General Universitario de Alicante.  
Fernando Rodríguez de Fonseca  
Universidad Complutense de Madrid.  
Javier Ruiz Fernández  
Ayuntamiento de Portugalete.  
Jesús Sánchez Martos  
Universidad Complutense de Madrid.  
José Sánchez Payá  
Hospital General Universitario de Alicante.  
Manuel Sanchis Fortea  
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)  
José Solé Puig  
Cruz Roja de Barcelona.  
Miguel Ángel Torres Hernández  
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías  
de Torrent. (Valencia)



---

## ÍNDICE

---

|                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| 1. EDITORIAL             |   | 151 |
| 2. CARTAS AL DIRECTOR    | <b>Prevalencia del tabaquismo entre la población española</b><br><i>José Manuel Ortín Arroniz</i>   | 157 |
| 3. ORIGINALES            | <b>Hyperfemininity, HIV Risk Behavior , and Victimization Among College Aged Females</b><br><i>Michele Staton, Carl Leukefeld</i>   | 161 |
|                          | <b>Análisis del perfil de los adictos a Alcohol y Cocaína versus Cocaína y Alcohol.</b><br><b>Aproximación a las distintas estrategias terapéuticas</b><br><i>Francisco Pascual, Carmen Cortell</i><br><i>M<sup>a</sup> José Hidalgo, Alberto Sancho</i><br><i>Elena Aranda</i> | 183 |
|                          | <b>Malos tratos sobre mujeres de la provincia de Valencia</b><br><i>Miguel Ángel Torres</i><br><i>Mary-Pepa García Más</i><br><i>Montserrat Rebollida</i><br><i>Raquel Valdés</i>   | 205 |
| 4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN | <b>El sida en internet: Una guía de recursos en España</b><br><i>José Pedro Espada Sánchez</i><br><i>María José Quiles Sebastián</i><br><i>Fco. Xavier Méndez Carrillo</i>  | 247 |

|                           |  |     |
|---------------------------|--|-----|
| 5. INVESTIGADORES NOVELES | <b>Representación Social de la droga:<br/>Posibilidad de aplicación práctica<br/>de un constructo eminentemente<br/>teórico</b><br><i>Esther Gallego, Carlos van-der Hofstadt<br/>Cordelia Estévez, Carmen López<br/>José A. García del Castillo</i> | 275 |
| 6. FORO POLÍTICO          | <b>La cuestion de la “droga”<br/>“Duérmete niño que viene el coco”</b><br><i>José Luis López Hernández</i>   | 289 |
| 7. RECENSIONES DE LIBROS  |  | 293 |

### DROGAS Y GÉNERO: ESTUDIOS DE VANGUARDIA

---

El estudio de las drogodependencias está empezando a abordar la variable género después de demostrarse a lo largo de muchos trabajos previos, que ésta es una vertiente destacada en el proceso y desarrollo del problema, sobre todo, porque marca unas diferencias singulares y significativas entre hombres y mujeres a la hora de la prevención, el tratamiento y la reinserción. Hasta ahora, la investigación ha ido marcando fielmente el reflejo de muchos perfiles desde ámbitos diferentes de intervención, de los que tenemos que destacar la escuela como marco preventivo universal, la familia como referente primario de la prevención, el contexto comunitario donde se basan gran parte de los últimos avances en cuanto a nuevos consumos y nuevas formas de consumo entre los jóvenes, el entorno laboral como mantenedor de una cultura de consumo de sustancias tradicionales como el alcohol y el tabaco, los tratamientos ante las nuevas pautas de consumo y su especial énfasis en la patología dual y/o la prevención de recaídas, la combinación de fórmulas que posibiliten la reinserción social, familiar y laboral de los drogodependientes tras los procesos de tratamiento y un largo etcétera que probablemente y, desde una visión amplia de este complicado problema, nos ubique en un momento francamente positivo de avance y buen hacer.

Son bastantes los indicadores que nos empujan a estudiar a fondo las diferencias de género en cuanto a las drogas se refiere. Por una parte, las marcadas diferencias encontradas en cuando a la gravedad en la adicción de algunas sustancias en la mujer frente al hombre, que nos llevan a analizar una problemática específica relacionada con las consecuencias a nivel social, familiar, laboral y económico. Además los factores particulares que envuelven el papel de la mujer consumidora de sustancias adictivas en cuanto a situaciones como la maternidad y la crianza de los hijos,

donde se recogen acontecimientos asociados con abortos (buscados y espontáneos), enfermedades adquiridas por el consumo de drogas que repercuten en el nacimiento (VIH, hepatitis, ...), hijos que nacen con el síndrome de abstinencia a sustancias de las que son adictas sus madres, etc. De otra parte, la relación, a veces directa y otras indirecta, que encontramos en torno al consumo y los malos tratos que marcan la otra cara de la moneda en cuanto a las diferencias de género y el consumo de drogas.

Desde todos estos planteamientos previos y como apoyo a estos estudios de vanguardia, el Intituto de Investigación de Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández abordó esta problemática en su habitual formato de la IV Reunión Nacional de Drogodependencias, llegando a las siguientes conclusiones consensuadas por todos los asistentes a la misma:

1. Se incide en la necesidad de poner en marcha tratamientos especializados de forma individualizada, orientados a cubrir las necesidades de cada género.
2. Generar estrategias que permitan variar la percepción social, en cuanto a los patrones de consumo en función del género.
3. Abordar la problemática de la mujer drogodependiente que tiene hijos a su cargo, intentando buscar mecanismos que permitan compatibilizar el tratamiento y la maternidad.
4. Garantizar el acceso de la mujer a los recursos asistenciales que necesiten en cada momento.
5. Generar líneas de investigación que nos permitan identificar los factores de riesgo y protección diferenciales entre géneros.
6. Necesidad de iniciar nuevas líneas de investigación cualitativas que complementen los datos cualitativos existentes.
7. Fomentar que las actuaciones entre las diferentes instituciones implicadas en la problemática específica femenina se coordinen con el fin de aprovechar y mejorar los recursos.
8. Articular programas específicos para intentar conseguir la máxima autonomía de la mujer drogodependiente.
9. A pesar de asumirse unánimemente que el consumo de alcohol no constituye el único factor potenciador de la violencia doméstica, sin embargo está frecuentemente relacionado con las conductas de los individuos agresores.
10. Establecer los mecanismos que puedan neutralizar los efectos de la publicidad sobre el consumo de drogas en la mujer.

Como en otras convocatorias anteriores, el compromiso por parte de todos los asistentes a este acontecimiento científico fue el de potenciar los puntos de consenso desde sus respectivos cargos políticos y técnicos, con la finalidad última de conseguir mejorar la investigación, la calidad de vida y las posibilidades de prevención, tratamiento y reinserción en función de las características diferenciales de género.

**Prof. José A. García del Castillo Rodríguez.**

*Director del Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).*

*Universidad Miguel Hernández.*



---

*CARTAS  
AL DIRECTOR*

---



---

## PREVALENCIA DEL TABAQUISMO ENTRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

---

**José Manuel Ortín Arroniz**  
*Grupo GICS*

La gran aceptabilidad social que ha tenido durante mucho tiempo el hábito de fumar, asociado a una falta de conciencia en la población sobre su peligrosidad, entre otras razones, ha originado que el consumo crónico de tabaco se halla convertido en uno de los problemas de salud más importantes de los países industrializados, originando graves consecuencias médicas y económicas. El tabaquismo ha dejado de ser una costumbre social, para convertirse en un riesgo reconocido para la salud pública mundial.

La prevalencia del tabaquismo entre la población española de 16 y más años fue de 35,7% (Encuesta Nacional de Salud 1997), apreciándose un ligero descenso con respecto a 1987 en la que la prevalencia del tabaquismo era del 38,1%. Este descenso se ha centrado fundamentalmente en los hombres (del 55% al 44,8%), pues que en las mujeres ha aumentado la prevalencia (del 23% al 27,2%).

El aumento de mujeres jóvenes fumadoras hace prever que en un futuro la morbimortalidad relacionada con el tabaquismo (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer) irán apareciendo, cada vez más, e incluso llegando a hacerse predominantes en las mujeres.

Los datos anteriores convierten al tabaco en una de las drogas más extendidas de nuestro país, con un doble componente en la adicción, física y psicológica, proporcionando a los que la consumen de manera habitual, un riesgo aumentado de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias, y originando unos costes económicos y sociales muy elevados.

La mayoría de los fumadores comienzan a fumar durante la adolescencia, siendo raro empezar después de los 20 años. Además, el inicio en

el hábito tabáquico en edades tempranas se acompaña de una adicción más grave al llegar a la edad adulta. Por ello, los objetivos de las intervenciones deberían ir encaminados a disminuir el número de jóvenes que se inician en el hábito tabáquico y reducir el número de fumadores, por lo que las estrategias deberían basarse, al margen del tratamiento específico para los fumadores, en la información y educación sanitaria a la población acompañados de las medidas legislativas adecuadas.

El tabaquismo es uno de los problemas de salud más frecuentes que se encuentran en atención primaria. Una de cada 4 o 5 personas que acuden a un Centro de Salud son fumadores, y probablemente muchos de ellos van a consultar por problemas de salud relacionados con el tabaco y, sin embargo, en muy pocas ocasiones habremos insistido en el abandono del hábito tabáquico. Esto hace de la Atención Primaria el ámbito ideal para el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica, bien utilizando únicamente el consejo médico o asociado a otros tratamientos, aunque en la actualidad, se hace en contadas ocasiones. Con el simple consejo médico de unos 3 minutos de duración, Russel y Cols obtuvieron un abandono del hábito tabáquico del 5,1% de los pacientes que recibieron consejo educativo. Aunque esta tasa puede parecer baja, si cada médico de Atención Primaria incorporase el consejo antitabáquico en su actividad diaria profesional el número de fumadores que abandonarían su hábito sería muy elevado. Sin embargo el consejo antitabaco rutinario en Atención Primaria es muy bajo. Probablemente por la falta de recursos dedicados a la prevención y tratamiento del tabaquismo, a la masificación de las consultas e incluso, a la falta de formación de los profesionales.

Por lo anterior, si de verdad se está interesado en una mayor y mejor intervención activa sobre el tabaquismo, este interés debería demostrarse en un incremento en la dotación de recursos y formación específica a los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

---

# *ORIGINALES*

---



---

HYPERFEMININITY, HIV RISK BEHAVIOR,  
AND VICTIMIZATION AMONG COLLEGE  
AGED FEMALES

---

TK LOGAN

MICHELE STATON

CARL LEUKEFELD

*Center on Drug and Alcohol Research  
University of Kentucky*

---

ABSTRACT

---

This study examines hyperfemininity, victimization and HIV risk behavior among college aged females. The hyperfemininity scale is used to measure traditional gender roles. Study participants were 372 females with an average age of 19, who volunteered to participate for the study for research credit as part of their Introductory Psychology class at a medium sized southeastern university. Two groups were examined which included respondents who scored one standard deviation above the mean on the hyperfemininity scale (high hyperfemininity,  $n=62$ ) and those who scored one standard deviation below the mean (low hyperfemininity,  $n=54$ ). Results were that high hyperfeminine women were significantly more likely to have engaged in sexual intercourse in the previous 3 months, significantly more likely to have used drugs or alcohol before and during sex, and had lower condom self-efficacy scores than low hyperfeminine women. Also, high hyperfeminine women had more verbal victimization experiences and sexual coercion experiences, but not forced sexual experiences, than low hyperfeminine women. Results also suggest that high hyperfeminine women were more impulsive and had more favorable attitudes toward

alcohol than low hyperfeminine women. Further, high hyperfeminine women reported more alcohol use than low hyperfeminine women. Overall, differences between high and low hyperfeminine women indicate that a further examination of this construct could be informative for HIV prevention interventions and potentially for preventing victimization.

---

## RESUMEN

---

Este estudio investiga la hiper-feminidad, la discriminación, y las conductas de riesgo VIH entre mujeres de una edad de universitaria. La escala de la hiper-feminidad se utiliza para medir los papeles (roles) tradicionales de los sexos. Los sujetos eran 372 mujeres con una edad media de 19 años, que se habían ofrecido voluntariamente para participar en el estudio con el fin de obtener un crédito de investigación como parte de su clase de Introducción a la Psicología en una universidad de tamaño medio en el Sureste. Se examinaron dos grupos que incluían participantes que alcanzaron una desviación estándar por encima de la media en la escala de la hiper-feminidad (hiper-feminidad alta,  $n=62$ ) y las que alcanzaron una desviación estándar por debajo de la media (hiper-feminidad baja,  $n=54$ ). Los resultados demostraron que las mujeres de hiper-feminidad alta tenían significativamente más propensión a haber mantenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores, significativamente más propensión a haber consumido drogas y alcohol antes y durante las relaciones sexuales, y tenían peor puntuación en auto-eficacia en el uso de preservativos que las mujeres hiper-femininas. Las mujeres de hiper-feminidad alta también presentaron más experiencias de abuso verbal y más experiencias sexuales coercitivas, pero no experiencias sexuales forzadas que las mujeres de baja hiper-feminidad. Los resultados también indican que las mujeres de alta hiper-feminidad eran más impulsivas y tenían actitudes más favorables hacia el alcohol que las mujeres de baja hiper-feminidad. Además las mujeres de alta hiper-feminidad presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres de baja hiper-feminidad.

En general las diferencias entre las mujeres de alta y baja hiper-feminidad indican que una evaluación adicional de este constructo podría proporcionar más información para las intervenciones preventivas en áreas de VIH y posiblemente en la prevención de la discriminación.

---

## HYPERFEMININITY, HIV RISK BEHAVIOR, AND VICTIMIZATION AMONG COLLEGE AGED FEMALES

---

Among adults and adolescents, the following three HIV exposure categories continue to account for nearly all cases of AIDS: men who have sex with men (35%), injecting drug use (24%), and heterosexual contact with a person who is in a high-risk group or has HIV/AIDS (13%) (CDC, 1997). However, AIDS incidence is increasing more rapidly among heterosexuals than among the other two transmission categories with the estimated AIDS incidence among people infected heterosexually increasing 17% from 1993 to 1994 (CDC, 1996). HIV Awareness has increased with prevention efforts (Feucht, Stephens, & Gibbs, 1991) and needle use seems to have decreased by HIV prevention interventions (Brown & Minichiello, 1994; CDC, 1994; 1997). Sexual behavior, however, has been more difficult to target for prevention interventions, among drug users and college students (Brown & Minichiello, 1994; CDC, 1990; Needle & Coyle, 1997).

Amaro (1995) suggests that current prevention models of HIV risk behavior are based on assumptions that limit the usefulness of understanding and changing HIV risk behavior, especially sexual behavior. The main assumptions that Amaro (1995) proposes which are the most detrimental in understanding and changing risk behaviors are: (1) sub-cultural norms, forces, and expectations in the individual's network and specific situational factors are not taken into account; (2) most models are based on the assumption that risk behaviors and encounters are totally under the control of the individual which ignores the possibility that some behaviors are imposed (i.e., victimization); and, (3) gender roles often define the behavior of males and females and the interpersonal relationships in which risk behavior may occur.

The third assumption—gender roles—has been focus ongoing of research. For example, developmental studies suggest that gender roles are defined by socialization or social reinforcement (Ehrhardt & Wasserheit, 1991). Other studies have shown that boys are more likely to use physical dominance than girls; while girls are more likely to use verbal persuasion than boys in conflict situations (Charlesworth & Dzur, 1987; Jacklin & Maccoby, 1978; Maccoby, 1988). These different conflict resolution styles between genders can place girls at a disadvantage in conflictual encounters with boys. Research on gender roles also indicates that traditional gender-role socialization is associated with being dependent

and passive in addition to being sex objects (Weis & Borges, 1973). Research findings indicate that internalizing feminine gender roles may lead women to deal ineffectively with sexually coercive men and to be passive in relationships which can predispose women with traditional gender role beliefs to be susceptible to victimization (Amick & Calhoun, 1987; Muren, Perot, & Byrne, 1989).

A growing number of researchers recognize that gender differences may be a barrier to changing HIV risk behavior. For example, Ehrhardt and Wasserheit (1991) noted that gender roles are important modifiers in how sexual encounters are negotiated and who determines which sexual practices will prevail. For women, protecting themselves from the heterosexual spread of HIV can require negotiating and persuading a male partner to use a condom, which may be more difficult for women who adhere to traditional gender roles (Amaro, 1995). Understanding the values, beliefs, and practices related to gender roles is critical for HIV prevention interventions in order to target behavior change in males and females (Amaro, 1995).

Muren, Perot, and Byrne (1989) reported that women who adhered to traditional gender roles were unable to communicate disinterest in unwanted sex, blamed themselves if they experienced it, and continued in adversarial relationships (Murnen, Perot, & Byrne, 1989). Murnen and Byrne (1991) developed an inventory to measure adherence to stereotypic feminine gender roles, which they called hyperfemininity. The concept was originally developed with the idea that "...the hyperfeminine woman believes that her success is determined by developing and maintaining a relationship with a man and that her primary value in a romantic relationship is her sexuality; hyperfeminine women use their sexuality to obtain the goal of relationship maintenance" (Murnen & Byrne, 1991, p. 481). McKelvie and Gold (1994) hypothesized that a hyperfeminine woman was manipulative and willing to break social rules and norms in order to further their "main" goal of establishing or maintaining a relationship. They also hypothesized that because the hyperfeminine woman believes her sexuality is her primary commodity, she would behave most unconventionally sexually including showing antisocial tendencies, permissible sexual attitudes, early and coercive sexual experiences, and not using nor requesting that her partner use sexual protection. In fact, McKelvie and Gold's (1994) indicated that high hyperfeminine women, when compared to lower hyperfeminine women, were more supportive of traditional feminine gender roles, reported more

acceptance of adversarial sexual behavior (when responding to fictitious scenarios), and were more likely to endorse rape myths. They also reported that higher hyperfeminine women had more non-consensual sexual experiences (i.e. sexual victimization) than lower hyperfeminine women.

The goal of the current study was to further clarify the relationship of hyperfemininity to victimization and HIV risk behavior. It was hypothesized that hyperfeminine women would exhibit higher HIV risk behaviors, specifically, that higher hyperfeminine women would report more sexual partners in the previous 3 months, use condoms less often in the previous 3 months, and use more drugs and alcohol during sexual intercourse than lower hyperfeminine women. A second main hypothesis was that hyperfeminine women would report experiencing more victimization experiences, specifically more verbal, physical and sexual victimization experiences than lower hyperfeminine women.

---

## METHOD

### *Participants*

Participants were 372 females with an average age of 19 who volunteered for research credit in their Introductory Psychology class at a medium sized southeastern university. Of the total sample, approximately 97% reported their sexual preference as heterosexual, 32% (n=119) reported never having had sexual intercourse, and of those who reported ever having sex, 79% (n=200) reported having sexual intercourse in the previous 3 months. Also, of those who reported ever having sexual intercourse, 78% had oral sex in the previous 3 months.

---

## MEASURES

Participants were given one of two forms of the questionnaire in order to facilitate privacy. The questionnaire included the following measures: (1) hyperfemininity; (2) verbal and physical victimization; (3) consensual and non-consensual sexual experiences; (4) HIV risk behavior; (5) STDs; (6) condom self-efficacy; (7) alcohol attitudes; (8) alcohol use; and, (9) impulsivity.

The hyperfemininity scale was adapted from Murnen and Byrne (1991). This scale was developed to measure adherence to traditional gender roles. Murnen and Byrne (1991) recommended that one factor was most parsimonious with the hyperfemininity scale. The original scale was forced choice response format. However, Sudman & Bradburn, (1982) indicate likert scales are easier for respondents and provides a more valid response format. Thus, a likert scale response format developed and administered to a separate group of female college students. Results of that pilot study indicated the correlation between the original forced choice and the likert format (1=strongly disagree to 5=strongly agree) of the hyperfemininity scale was .71 for 117 college age females. For the current study the Alpha coefficient of internal consistency for the 51-item likert hyperfemininity scale was .87 which was higher than the Alpha coefficient for the hyperfemininity scale that Murnen and Byrne (1994) reported in the development of the scale which was .76. Specific items included: I like to flirt with men; I would rather be a famous fashion model than a famous scientist; I would agree to have sex with a man if I thought I could get him to do what I want; Sometimes I cry to influence a man; and Sometimes women need to make men feel jealous so they will feel more appreciative.

The Conflict Tactics Scale (Straus, 1990) was developed to assess verbal and physical victimization by asking whether or how often a specific behavior occurred. For the current study, 19 items were included in the questionnaire and were coded as yes or no depending on whether the event occurred in the past year. The items included: Your partner insulted or swore at you; Your partner stomped out of the room; Your partner threw something at you; Your partner pushed, grabbed, or shoved you; Your partner beat you up; and, Your partner threatened you with a knife or gun. Alpha coefficient of internal consistency for the total scale was .77. This scale was divided into two main subscales recommended by Straus and Gelles (1990): verbal and physical abuse.

The Sexual Experiences Survey (Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987; Koss & Oros, 1982) consisted of 13 dichotomous questions about consensual and non-consensual sexual experiences. Items range from asking the person if she had ever been in a situation where she had intercourse with a man even though she didn't want to because he threatened to end the relationship, to asking about rape. If a respondent had encountered the experience since 16 years of age, she was asked to answer yes. The Alpha coefficient for this scale was .80. This scale was also divided into two sub-

scales for analysis: (1) sexual coercion; and, (2) non-consensual or forced sexual experiences.

HIV risk behavior questions included: condom use (1=always or almost always to 5=never), age of first intercourse (1—under 16, 2—16, 3—17, 4—18, 5—19 or older), oral and anal sexual practices in the previous 3 months (yes/no), number of sexual partners in the last 3 months (0=0, 1=1, 2=2, 3=3, 4=3+partners), whether the participant use drugs or alcohol before or during sex (1= never to 5=always or almost always), and if the respondent had ever been treated for: venereal/genital warts, chlamydia, genital herpes, or gonorrhea (yes/no). The STD questions were combined into one overall index. Subjects were also instructed to skip questions that did not apply to them (e.g., if they had never had sexual intercourse).

The condom self-efficacy scale was adapted from Brafford & Beck (1991) and had 26 items with an Alpha coefficient of .92. The condom self-efficacy scale was developed to measure expectations in all the various aspects of obtaining, using, disposing of, and negotiating the condom use with a sexual partner. The 5-point response scale ranged from 1=strongly disagree to 5=strongly agree. This scale included the following items: I would feel embarrassed to put a condom on my partner; If I were to suggest using a condom to a partner; I would feel afraid that he would reject me; I feel confident in my ability to put a condom on a partner quickly; I feel confident that I would remember to use a condom even if I were high; and, I feel confident in my ability to discuss condom usage with any partner I might have.

The alcohol attitudes scale was adapted from Harrington, Brigham, & Clayton (1997) and was originally used to assess alcohol attitudes and beliefs for college age males and females in sororities and fraternities. There are 33 items and the Alpha coefficient was .86. The Alpha coefficient for the alcohol attitudes subscale was .92 and the Alpha coefficient for the alcohol beliefs subscale was .62. The items included: It is never o.k. to get drunk, even to celebrate something special; I believe that getting drunk for kicks is just a part of being young; A person who doesn't drink at all is not fun to be with; People become alcoholic because they cannot deal with problems; Alcoholism is caused by moral weakness; Alcoholism is caused by heredity; and, Having a few drinks is a good way to calm down when a person is angry. Response categories ranged from strongly disagree to strongly agree (1-5).

Alcohol use was adapted from Harrington et al. (1997) and consisted of 4 items. The first question asked how much a person typically drinks

when they drink alcohol (1-- 1-3 drinks at a time; 2-- 4-6 drinks at a time; 3-- 7-12 drinks at a time; 4-- 13 or more drinks at a time). The second question asked how many days in the previous month they drank the amount of alcohol they reported in the first question (0-- did not drink in the previous 30 days; 1-- on 1 to 4 days; 2-- on 5 to 9 days; 3-- on 10-19 days; 4-- on 20+ days). The third question asked how many times in the previous month they got very drunk (0—drank but did not get drunk in the previous 30 days; 1—daily, 2— just one or two times in the previous month, 3—1 or 2 days a week, 4 —almost daily). And, the fourth question asked at what age they were when they began drinking alcoholic beverages once a month or more often (0—don't drink once a month or more, 1—under 16, 2—16, 3—17, 4—18 or older).

The Impulsivity scale was adapted from Eysenck & Eysenck (1977,1978). The Alpha coefficient for this scale was .84 and there were 19 yes/no items. This scale was developed to measure how impulsive a person typically is. Specific items included: Do you often buy things on impulse; Are you an impulsive person; Do you often get involved in things you later wish you could get out of; and, Do you mostly speak before thinking things out.

---

## *PROCEDURE*

---

After the study was described, participants were asked to read, sign, and date an informed consent form if they wished to participate in the study. The consent forms were then returned. After the consent forms were collected, the questionnaires were distributed. After each person completed their questionnaire, she was given a debriefing sheet and a referral sheet listing various professional organizations to contact for more information or support if needed. All questionnaires were administered in a group setting. However, because of the sensitive nature of the questions, participants were asked to sit with at least one seat between them. Also, two forms of the questionnaire were used in order to facilitate privacy.

---

## *RESULTS*

---

Initial correlations for the total sample variables were computed. Base rates for the total sample and group differences were then examined for

higher hyperfeminine women and lower hyperfeminine women on: individual difference variables, alcohol use, HIV risk behavior, and victimization.

### *Correlations*

Table 1 presents the correlations for hyperfemininity, HIV risk behavior, and victimization for the total sample (n=371). Hyperfemininity was significantly related to a composite HIV risk behavior variable which included the number of different sexual partners in the previous 3 months, condom use, STDs, and using drugs or alcohol before having sex. Hyperfemininity was also significantly correlated with verbal and physical victimization and sexual coercion. And, each of the victimization measures were significantly correlated with the composite HIV risk behavior measure except forced sexual victimization and verbal victimization.

### *Differences for Higher and Lower Hyperfemininity Women*

To further examine the relationship of hyperfemininity and HIV risk behavior as well as victimization. Participants were partitioned into two groups: (1) those who scored one standard deviation above the mean on the hyperfemininity scale (high hyperfemininity, n=62); and, (2) those who scored one standard deviation below the mean on the hyperfemininity scale (low hyperfemininity, n=54). Hyperfemininity scale scores ranged from 69 to 193, the scale mean was 128 with a standard deviation of 19. A series of Analysis of Variance (ANOVAs) were used to assess group differences. Results of the ANOVAs are presented below for individual differences, HIV risk behavior, alcohol use, and victimization.

### *Individual Differences*

The overall mean on the impulsivity scale was 6.92 with a standard deviation of 3.95. The overall mean for alcohol attitudes was 41.8 (SD=12.96); alcohol beliefs (M=40.1, SD=5.85); and condom self-efficacy (M=101.18, SD=15.94). Women who scored high on the hyperfemininity scale were significantly more impulsive and reported significantly more favorable attitudes toward alcohol as well as endorsed more traditional alcohol beliefs than women who scored lower on the hyperfemininity

scale (see Table 2). High hyperfeminine women also had significantly lower condom self-efficacy than lower hyperfeminine women.

### *Alcohol Use*

Total sample means for alcohol use were: alcohol quantity ( $M=1.7$ ,  $SD=.74$ ); alcohol frequency ( $M=1.35$ ,  $SD=.92$ ); get drunk ( $M=4.15$ ,  $SD=.73$ ); and, age began drinking once a month or more ( $M=1.82$ ,  $SD=1.4$ ). Table 2 presents the univariate F tests, means, and standard deviations by group for alcohol quantity, frequency, how often they get drunk, and age they began drinking once a month or more. High hyperfeminine women were significantly more likely to report using more alcohol when drunk and used alcohol more frequently than lower hyperfeminine women. However, lower hyperfeminine women reported getting drunk significantly more often than higher hyperfeminine women. Both groups of women began regularly drinking alcohol at about the same age (16 years old).

### *HIV Risk Behavior*

High hyperfeminine women were significantly more likely to report ever having had sexual intercourse (89% vs. 57%,  $X^2(1)=15.3$ ,  $p<.001$ ) than lower hyperfeminine women. Of those who reported having had sexual intercourse, high hyperfeminine women were also significantly more likely to report having engaged in heterosexual oral sex in the previous 3 months (84% vs. 57%,  $X^2(1)=7.9$ ,  $p<.01$ ) than lower hyperfeminine women. However, there were no differences between the two groups in anal sex in the previous 3 months (14% vs. 10%).

Group means and standard deviations overall for HIV risk behavior include: number of different sexual partners last 3 months ( $M=1$ ,  $SD=.85$ ); condom use ( $M=2.92$ ,  $SD=1.79$ ); age of first sexual intercourse ( $M=2.4$ ,  $SD=1.23$ ); and, using drugs and/or alcohol before and during sexual intercourse ( $M=1.87$ ,  $SD=1.04$ ). Group means, standard deviations, and univariate F values are presented in Table 3 for: the number of different partners in the last 3 months, condom use, using drugs or alcohol during sex, and age of first sexual intercourse. Both groups were as likely to report having had only one sexual partner in the previous 3 months, as likely to report using condoms about half the time when having sex in the previous 3 months, and to have initiated sexual intercourse

when they were about 16 years old. However, women who scored higher on the hyperfemininity scale were significantly more likely to report using drugs or alcohol before or during sex than women who scored lower on the hyperfemininity scale.

### *Victimization Experience*

Overall victimization rates for the total sample were: 35% ( $n=130$ ) report at least one physically violent experience ( $M=.7$ ,  $SD=1.39$ ); 84% ( $n=279$ ) reported at least one verbal abuse incident during the relationship ( $M=2.32$ ,  $SD=1.44$ ); 33% ( $n=119$ ) reported at least one incident of sexual coercion ( $M=.54$ ,  $SD=.92$ ); and, 21% ( $n=75$ ) report at least one incident of forced sexual contact ( $M=.59$ ,  $SD=1.41$ ).

Univariate  $F$ s and means for each of the victimization variables are presented in Table 4. The univariate  $F$ s indicate that high hyperfeminine women experienced more verbal victimization and more sexual coercion than low hyperfeminine women (e.g., had sex with a man when she didn't really want to because he threatened to end their relationship or because he pressured her with continual arguments). However, physical victimization and sexual victimization (i.e., being raped or forced to perform other sexual behavior) was not different by hyperfemininity group.

## *DISCUSSION*

The literature suggests that gender roles are critical in understanding and changing HIV risk behavior (Amaro, 1995). The current study used a previously constructed scale to measure adherence to traditional gender roles. It was hypothesized that hyperfeminine women would exhibit higher HIV risk behaviors. Specifically, higher hyperfeminine women would report more sexual partners in the previous 3 months, use condoms less often in the previous 3 months, and use more drugs and alcohol during sexual intercourse than lower hyperfeminine women. Results of differences between higher and lower hyperfeminine women and HIV risk behavior were somewhat complex. Results from this study indicate that hyperfeminine women were more likely to have ever engaged in sexual intercourse, more likely to have engaged in oral sex in the previous 3 months, and were more likely to have used drugs or alcohol before sexual intercourse than lower hyperfeminine women. However, the

number of sexual partners in the previous 3 months and condom use in the previous 3 months were not significantly different for higher and lower hyperfemininity women. Also, both groups of women initiated sexual intercourse at similar ages and, there were no differences in the incidence of STDs between groups.

One possible reason for not finding differences between higher and lower hyperfeminine women for the number of sexual partners and condom use in the previous 3 months, is that the time frame may not have been long enough to capture more than one sex partner for this age group. The number of lifetime partners was not assessed in this study. Knowing the number of lifetime partners could have clarified HIV risk behavior differences. Further, both groups of women reported using condoms about half the number times they had sex. At least one study has suggested that it is not a norm among the college aged heterosexual population to use condoms (Lear, 1996). Further, because both groups of women reported having about one partner in the recent past, respondents may not have perceived the need for protected sexual intercourse. Regardless, results from this study indicate that high hyperfeminine women may have the potential of engaging in higher risk behaviors over their lifetime, particularly considering that higher hyperfeminine women were more likely to have ever had sex, and more likely to have used drugs or alcohol before sexual intercourse. The use of drugs and alcohol before sex has been associated with having more sexual partners and unprotected sex (Jemmott & Jemmott, 1993; Simkins, 1995).

Results also indicate that higher hyperfeminine women were more impulsive and had more favorable attitudes and beliefs toward alcohol than lower hyperfeminine women. In addition, higher hyperfeminine women reported drinking more alcohol and drinking more often than lower hyperfeminine women. However, high hyperfeminine women did not report getting drunk more often than lower hyperfeminine women. This might suggest that high hyperfeminine women might feel they have more control over their drinking than lower hyperfeminine women. Consequently, these attitudes may dispose higher hyperfeminine women to riskier behaviors after transitioning out of college and suggests that hyperfemininity may be important to consider across the lifecourse. Future research could also examine hyperfemininity with other risk behaviors such as drug use and delinquency, as well as, with other constructs such as sensation seeking to further clarify the hyperfemininity construct and differences among those with high and low hyperfemininity.

The second main study hypothesis was that hyperfeminine women would experience more victimization specifically more verbal, physical and sexual victimization experiences than lower hyperfeminine women. Previous research reported hyperfeminine women were more likely to have non-consensual sexual experiences (McKelvie & Gold, 1994). The current study expanded the type of victimization examined with hyperfemininity by including verbal, physical, and sexual victimization as well as sexual coercion measures. Results from this study indicate that high hyperfeminine women reported more verbal victimization and sexual coercion experiences, but not physical victimization or forced sexual experiences. McKelvie and Gold (1994) indicated that hyperfeminine women were more likely to be attracted to hypermasculine men, and that attraction may put them at more risk for victimization experiences. Mosher & Sirkin, (1984) hypothesized that hypermasculine men have more callused attitudes toward sex and that sexual intercourse with women establishes their masculine power and female submission. If the high hyperfeminine women are more likely to date hypermasculine men, then victimization experiences, like those found in this study to be higher for hyperfeminine women--verbal and sexual coercion, may be attributed to the type of males they date. Because this study did not include information about partners the women in the study dated, it is difficult discuss this hypothesis.

There was a relatively high rate of intimate violence reported by study participants, which is alarming. In addition, each of the victimization measures were significantly correlated with each other, and were correlated with HIV risk behavior as well as with hyperfemininity (except for forced sexual experiences). This is an area that needs further examination, primarily because this finding suggests that hyperfeminine women may be at more risk of encountering future physical and sexual victimization. In other words, the finding that higher hyperfeminine women experience more verbal abuse and more sexual coercion experiences combined with more positive attitudes toward alcohol, more overall alcohol use, and the use of more alcohol before sex may predispose these women to riskier situations including victimization, in the future as they encounter more sexual partners. Differences between higher and lower hyperfeminine women indicate a further examination of hyperfemininity could be informative for HIV prevention interventions, and potentially for preventing victimization. For example, it could be informative to examine whether high hyperfeminine women are more likely to experi-

ence other types of victimization such as sexual harassment and/or stalking than lower hyperfemine women.

## IMPLICATIONS

---

One implication from this study is that HIV prevention interventions should target women with traditional gender roles because these women may be at greater risk of HIV as well as victimization, and, that HIV risk behavior may be related to victimization experiences. However, examining or understanding that individuals differ in adherence to traditional gender roles provides little information about changing HIV risk behavior or other behavior. In other words, developmental studies suggest that women are more passive in relationships while men are more aggressive (Charlesworth & Dzur, 1987; Jacklin & Maccoby, 1978; Maccoby, 1988). For women, protection from HIV during sexual encounters requires communication and negotiation skills to convince their partners to use condoms (Amaro, 1995). Thus, many HIV prevention interventions focus on communication skills, assertiveness, and AIDS education (Kelly, 1995). However, several studies suggest that even when women learn to communicate effectively, are assertive, have a high sense of condom self-efficacy, and understand why it is critical to use condoms; they still do not change their behavior (Institute of Medicine, 1994; Hankins & Handley, 1992).

This study suggests that targeting subgroups of individuals is important, but understanding why subgroups engage in certain behavior may be critical to facilitate behavior change. It may not be enough to simply understand that hyperfeminine women are more at risk of engaging in riskier sexual behavior or more victimization experiences, but understanding why hyperfeminine women are different may be a key to developing behavior change approaches. For example, one hypothesis that could be examined is that hyperfemininity is associated with gender roles, but it is also related to sexual motivation. When hyperfemininity is examined carefully, the construct appears like it may also be a measure of sexual "goals" as well as adherence to traditional gender "roles". Hill and Preston (1996) suggest there are eight motives a person may have for engaging in sex: (1) feeling valued by one's partner; (2) showing value for one's partner; (3) obtaining relief from stress; (4) providing nurturance to one's partner; (5) enhancing

feelings of personal power; (6) experiencing the power of one's partner; (7) experiencing pleasure; and, (8) procreation. If protected or unprotected sex is driven by sexual motives and gender roles, this could have major implications for HIV prevention interventions. For example, if a woman's primary sexual motive is gaining power; power may be lost when she asks her partner to use a condom since it is primarily the male decision whether to use a condom (Amaro, 1995). Likewise, if a woman's main goal of sex is to establish and/or maintain a relationship, asking her partner to use a condom may not be perceived by her as facilitating that goal. Thus, if sexual motives drive sexual behavior, an alternative focus for HIV prevention intervention could be to examine dispositional sexual motives that determine sexual behavior and how to target and change motives so that the goals are accomplished safely without expecting a person to give up adherence to traditional gender roles. The implications for prevention interventions would be to focus on motives for using condoms during sex and how these motives be can targeted and changed to become more important within specific gender roles, or at least equally as important, as sexual motives.

In summary, Amaro (1995) believes that current models of HIV risk behavior prevention interventions are based on assumptions that limit the usefulness of understanding and changing HIV risk behavior, especially sexual behavior. These assumptions include the socialization of women to traditional gender roles. Consequently women are more vulnerable to victimization which could impact HIV risk behavior (e.g., rape), norms, and expectations consistent with socialized gender roles that render women less powerful in negotiating protected sex. By incorporating gender role information and targeting gender role beliefs, HIV prevention interventions could better target behavior change. However, hyperfemininity in this study has a complex relationship to HIV risk behavior, was highly related to impulsivity and alcohol use, and was related to verbal victimization and to sexual coercion. Examining the relationship between hyperfemininity with both college age and working women may be critical for understanding hyperfemininity over time. Further, examining hyperfemininity with other individual difference constructs such as sensation seeking, as well as behavior differences is an area for future research. Hyperfeminine women could be more susceptible to HIV risk behavior and victimization as reported in this study.

## BIBLIOGRAPHY

---

- Amaro, H. (1995). Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50 (6), 437-447.
- Amick, A. & Calhoun, K. (1987). Resistance to sexual aggression: Personality, attitudinal, and situational factors. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 153-163.
- Bradford, L. & Beck, K. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of the Association of College Health*, 39, 219-225.
- Brown, J. & Minichiello, V. (1994). The condom: why more people don't put it on. *Sociology of Health & Illness*, 16 (2), 229-251.
- Centers for Disease Control, (1997). *Centers for Disease Control and Prevention*. Summary of notifiable diseases in the United States, 1996. *MMWR* 1997, 45: 1-103.
- Centers for Disease Control, (1995). HIV/AIDS Surveillance Report, *Year-End Edition*, Vol. 7, No. 2. HIV/AIDS Prevention.
- Centers for Disease Control, (1996). HIV/AIDS Surveillance Report, *Midyear edition* Vol. 8, No. 1. HIV/AIDS Prevention.
- Centers for Disease Control. (1990). HIV/AIDS Surveillance report. August. Atlanta, GA.
- Charlsworkth, W. & Dzur, C. (1987). Gender comparisons of preschoolers' behavior and resource utilization in group problem-solving. *Child Development*, 58, 191-200.
- Ehrhardt, A. & Wasserheit, J. (1991). Age, gender, and sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases in the United States. In J. Wasserheit, S. Aral, K. Holmes, & P. Hitchcock (Eds.) *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era* (pp. 97-121). Washington, DC: American Society for Microbiology.

- Eysenck, S. & Eysenck, H. (1977). The place of impulsivity in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Eysenck, S. & Eysenck, H. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.
- Feucht, T., Stephens, R., & Gibbs, B. (1991). Knowledge about AIDS among intravenous drug users: An evaluation of an education program. *AIDS Education and Prevention*, 3 (1) 10-20.
- Hankins, C. & Handley, M. (1992). HIV disease and AIDS in women: Current knowledge and a research agenda. *Journal of AIDS*, 5, 957-971.
- Harrington, N., Brigham, N., & Clayton, R. (1997). Alcohol risk reduction for fraternity and sorority members. (Submitted for publication).
- Hill, C. & Preston, L. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *The Journal of Sex Research*, 33 (1), 27-45.
- Institute of Medicine. (1994). In J. Auerbach, C. Whypijewska, & H. Brodie. (Eds). *AIDS and behavior: An integrated approach*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jacklin, C. & Macoby, E. (1978). Social Behavior at 33 months in same-sex and mixed-sex dyads. *Child Development*, 49, 557-569.
- Jemmott, J. & Jemmott, L. (1993). Alcohol and drug use during sexual activity: Predicting the HIV-risk-related behaviors of inner-city black male adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 8 (1), 41-57.
- Kelly, J. (1995). Changing HIV risk behavior: Practical strategies. *Gilford Press*, New York, NY.
- Kelly, J., St. Lawrence, J., & Brasfield, T. (1991). Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 163-166.

- Koss, M., Gidycz, C., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 162-170.
- Koss, M. & Oros, C. (1982). *Sexual experiences survey*: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 455-457.
- Leigh, B. (1990). The relationship of substance use during sex to high-risk sexual behavior. *Journal of Sex Research, 27*, 199-214.
- Lowry, R., Holtzman, D., Truman, B., Kann, L., Collins, J., & Kolbe, L. (1994). Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: Are they related? *American Journal of Public Health, 84* (7), 1116-1120.
- Maccoby, E. (1988). Gender as a social category. *Developmental Psychology, 24*, 755-765.
- McKelvie, M. & Gold, S. (1994). Hyperfemininity: Further definition of the construct. *The Journal of Sex Research, 31* (3), 219-228.
- Mosher, D. & Sirkin, M. (1984). Measuring a macho personality constellation. *Journal of Research in Personality, 18*, 150-163.
- Murnen, S. & Byrne, D. (1991). Hyperfemininity: Measurement and initial validation of the construct. *The Journal of Sex Research, 28*, 479-489.
- Murnen, S., Perot, A., & Byrne, D. (1989). Coping with unwanted sexual activity: Normative responses, situational determinants, and individual differences. *The Journal of Sex Research, 26*, 85-106.
- Simkins, L. (1995). Risk of HIV transmission in sexual behaviors of college students. *Psychological Reports, 76*, 787-799.
- Sudman, S. & Bradburn, N. (1982). Asking questions: A practical guide to questionnaire design. *Jossey-Bass: Oxford*.

- Straus, M. (1990). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scale. In M. Straus & J. Gelles (Eds). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8,145 families* (pp. 29-48). *New Brunswick, NJ: Transaction Publications*.
- Weis, K., & Borges, S. (1973). *Victimology and rape: The case of the legitimate victim*. *Issues in Criminology*, 8, 71-115.
- White, J., Moffitt, T., Caspi, A., Bartuch, D., Needles, D., & Stouthammer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2), 192-205.

TABLE 1  
HYPERFEMININITY, HIV RISK BEHAVIOR, AND VICTIMIZATION  
CORRELATIONS

|                                | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| 1. Hyperfemininity             | 1     |       |       |       |       |   |
| 2. HIV Risk Behavior           | .14*  | 1     |       |       |       |   |
| 3. Verbal Victimization        | .18** | .21** | 1     |       |       |   |
| 4. Physical Victimization      | .15** | .23** | .43** | 1     |       |   |
| 5. Sexual Coercion             | .23** | .25** | .31** | .28** | 1     |   |
| 6. Forced Sexual Victimization | .05   | .20** | .09   | .18** | .41** | 1 |

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

TABLE 2  
INDIVIDUAL DIFFERENCES, ALCOHOL ATTITUDES, AND ALCOHOL USE

|                               | MEANS                           |                                | DF    | F       |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------|---------|
|                               | (STANDARD DEVIATIONS)           |                                |       |         |
|                               | HIGH<br>HYPERFEMININE<br>(N=62) | LOW<br>HYPERFEMININE<br>(N=54) |       |         |
| Impulsivity                   | 9.4 (4.4)                       | 5.8 (3.9)                      | 1,114 | 21.3*** |
| Condom                        |                                 |                                |       |         |
| Self-Efficacy                 | 100.7 (16.2)                    | 106 (16.1)                     | 1,103 | 3.1*    |
| Alcohol Attitudes             | 50.9 (13.2)                     | 31.9 (11.1)                    | 1,114 | 69.3*** |
| Alcohol Beliefs               | 40.7 (6)                        | 37.3 (6.1)                     | 1,114 | 9.3***  |
| Quantity of<br>Alcohol Use    | 1.93 (.78)                      | 1.58 (.73)                     | 1,100 | 5.3*    |
| Frequency of<br>Alcohol Use   | 1.58 (1)                        | 1.14 (1)                       | 1,99  | 4.6*    |
| Drunk                         | 3.94 (.76)                      | 4.31 (.86)                     | 1,88  | 4.4*    |
| Age of Regular<br>Alcohol Use | 2.2 (1.4)                       | 1.65 (1.5)                     | 1,97  | 2.9     |

\* $p < .10$  \*\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

TABLE 3  
HIV RISK BEHAVIOR

|                                       | MEANS<br>(STANDARD DEVIATIONS) |                         | DF   | F   |
|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|------|-----|
|                                       | HIGH                           | LOW                     |      |     |
|                                       | HYPERFEMININE<br>(N=62)        | HYPERFEMININE<br>(N=54) |      |     |
| # of Different Partners Last 3 Months | 1.3 (.99)                      | 1 (.87)                 | 1,83 | 2.5 |
| Use Drugs or Alcohol During Sex       | 2.24 (1.2)                     | 1.57 (.73)              | 1,72 | 6*  |
| Use Condoms                           | 3.1 (1.8)                      | 3.1 (1.97)              | 1,69 | .05 |
| Age of First Sexual Intercourse       | 2.27 (1.2)                     | 2.24(1.2)               | 1,88 | .02 |

\*p<.05

TABLE 4  
VICTIMIZATION EXPERIENCE

|                        | MEANS<br>(STANDARD DEVIATIONS) |                         | DF    | F    |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------|------|
|                        | HIGH                           | LOW                     |       |      |
|                        | HYPERFEMININE<br>(N=62)        | HYPERFEMININE<br>(N=54) |       |      |
| Verbal Victimization   | 2.78 (1.2)                     | 2.1 (1.6)               | 1,99  | 5.7* |
| Physical Victimization | 1 (1.5)                        | .65 (1.2)               | 1,110 | .05  |
| Sexual Manipulation    | .77 (1)                        | .38 (.81)               | 1,110 | 4.7* |
| Sexual Victimization   | 1 (1.87)                       | 1.1 (1.75)              | 1,103 | 1.96 |

\*p<.05



---

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS ADICTOS A ALCOHOL  
Y COCAÍNA VERSUS COCAÍNA Y ALCOHOL.  
APROXIMACIÓN A LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS  
TERAPÉUTICAS.

---

**Francisco Pascual**  
**Carmen Cortell**  
**M<sup>a</sup> José Hidalgo**  
**Alberto Sancho**  
**Elena Aranda**

*Unidad de Conductas Adictivas de Alicante*

*Unidad de Alcoholología de Alcoi.*

*Unidad de Conductas Adictivas de Alcoi.*

*Unidad de Alcoholología de Elx.*

---

**RESUMEN**

---

El presente trabajo pretende definir las características de los usuarios que acuden a cuatro Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante presentando una problemática con el consumo de alcohol y cocaína, incluyendo las variables sociodemográficas, hasta la aparición de distintas complicaciones y el tratamiento recibido en los recursos específicos. Todo ello a partir de un análisis longitudinal de los pacientes diagnosticados de abuso o dependencia a alcohol y cocaína, que han sido atendidos en distintas unidades de Conductas Adictivas de la Provincia de Alicante.

El objetivo del estudio es el de recoger el tratamiento a emplear, a partir de las características del sujeto.

**Palabras clave:** Alcohol. Cocaína. Tratamiento. Perfil

## ABSTRACT

---

The present study pretends to define the characteristics of the people who attend the four Units of Addictive Conducts of the province of Alicante, which presents the problems that exist in the consumption of alcohol and cocaine, including the sociodemographic variables and the different complications that appear, as well as the treatments received in the specific recourses. All of this is studied by longitudinal analysis of the patients diagnosed with alcohol or cocaine abuse or dependence, which were attended in the different units of Addictive Conducts of the Province of Alicante.

The objective of this study is to collect the treatments used depending on the subject's characteristics

**Key words:** Alcohol, cocaine, treatments, profile.

## OBJETIVOS

---

La realización del presente estudio pretende:

- Definir el perfil de este tipo de consumidores.
- Analizar las consecuencias bio psico sociales más frecuentes atribuibles al policonsumo.
- Definir el tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

---

Cada vez es más frecuente encontrar en las Unidades de Conductas Adictivas, un patrón de consumo mixto en el que se observa una utilización concomitante de varias drogas. En las Unidades de tratamiento de alcohólicos, se va observando de forma predominante el uso de alcohol y cocaína por lo que podemos diagnosticar al alcohólico que consume cocaína o al adicto a la cocaína que hace consumos de alcohol.

No obstante el uso de la coca data de 5.000 a. d. C. y el de las bebidas alcohólicas de entre 6.000 y 8.000 a. D. C.

Al uso conjunto de ambas sustancias contribuyó Angelo Mariani, un químico de Córcega, quien a finales del s. XIX vendió y embotelló una bebida denominada Vin Mariani, al que se le atribuían propie-

dades médicas contra la gripe, la malaria y otras enfermedades devastadoras.

En 1886, John Pemberton, un farmacéutico de Atlanta, inventó la coca - cola, bebida refrescante de extractos de cola que en principio contenía jarabe de coca, cola, cocaína y una pequeña cantidad de etanol.

En un estudio realizado en estados Unidos por la Epidemiological Catchment Area (ECA) en 1991, halló que un 16% de la población caía en el alcoholismo en algún momento de su vida, que un 84% de los cocaínómanos eran también alcohólicos y que el 30% de los alcohólicos tenían otra dependencia.

Un año más tarde un estudio del N.I.D.A., apuntaba que el consumo conjunto de cocaína y alcohol era del 47% en la población general, concluyendo que la mayoría de los consumidores de cocaína tomaban alcohol al mismo tiempo.

En la Comunidad Valenciana, el uso de alcohol junto con el de coca alcanza un 67% y el de coca junto con alcohol llega al 32% según las cifras de la Dirección General de Drogodependencias – Generalitat Valenciana. Extraídas de la Encuesta FAD – EDIS 1996.

Este nuevo patrón de consumo nos ha obligado a ensayar distintos enfoques terapéuticos para tratar el consumo de ambas sustancias y sobre todo para tratar el patrón de dependencia de cada individuo, aunque de momento no se ha llegado a definir la idoneidad de cada una de las estrategias terapéuticas o de las sustancias a utilizar.

Además, desde 1991 se sabe que de la combinación de la cocaína con el etanol se forma una nueva sustancia denominada cocaetileno. Esta sustancia descubierta por la facultad de Medicina de Miami, aumenta tanto la euforia como la ansiedad e incrementa potencialmente el riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga, lo que modifica el comportamiento de los consumidores así como las consecuencias físicas, planteándonos distintos enfoques en el tratamiento.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Para analizar los objetivos definidos se ha cogido una muestra de pacientes que reuniesen la condición de ser consumidores excesivos de alcohol y/o cocaína, en todo caso han de consumir ambas sustancias. Los pacientes están o han estado en tratamiento en la Unidad de Conductas

Adictivas de Alcoy (56), la Unidad de Alcoholología de Alcoy (12), la Unidad de Alcoholología de Elche (45) y de la Unidad de Conductas Adictivas de Alicante (36).

El total de la muestra es de N= 149 sujetos, con consumo concomitante de alcohol y cocaína y diagnóstico de abuso o dependencia a al menos una de las dos.

A todos los pacientes se les ha aplicado el cuestionario, elaborado al efecto y recogido en el Anexo I, y se han obtenido datos en base a la historia clínica específica para la recogida de datos de estos pacientes. Se les ha realizado análisis clínicos para determinar las probables alteraciones orgánicas a la vez que se han detallado la existencia de alteraciones psicológicas o sociales.

Se ha determinado el diagnóstico exacto de uso, abuso y/o dependencia para ambas sustancias según los criterios diagnósticos DSM-IV y se ha observado la evolución de cada uno de ellos teniendo en cuenta el tipo de tratamiento aplicado, farmacológico, psicoterapéutico, intervención social y tratamiento mixto, para poder establecer su efectividad.

Todo ello, corroborando el estado de abstinencia con controles de metabolitos en la orina o con el alcoholímetro para el alcohol.

Se han rellenado los cuestionarios de todos los pacientes que cumplían las características de doble consumo, estudiando su evolución durante al menos un año, a no ser que existiese finalización del tratamiento previo a ese margen de tiempo.

El cuestionario se ha elaborado a partir de los datos observados en estudios previos, extractados de la bibliografía consultada, en los que se definían epidemiología, consumos, perfiles y métodos terapéuticos, a fin de poder establecer las oportunas comparaciones tanto en los perfiles como en los resultados de las distintas estrategias terapéuticas aplicadas.

Como resultado del análisis estadístico de las distintas variables se pretende crear un protocolo de intervención válido para los consumidores de etanol y cocaína, según las características de cada uno de ellos.

---

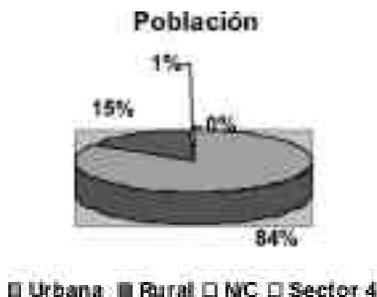
## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

---

La muestra estudiada nos da un total de 130 varones frente a 19 mujeres.



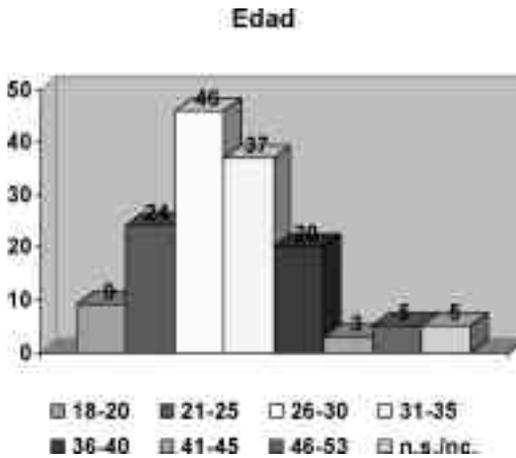
La población se compone de 22 pacientes del medio rural y 126 del urbano, encontrándonos a uno que no responde.



La vía de entrada de los sujetos ha sido fundamentalmente por iniciativa propia; 101, seguida por la derivación desde servicios sanitarios; 39, y por último por servicios sociales, 9.



La edad de los pacientes sigue la siguiente distribución:

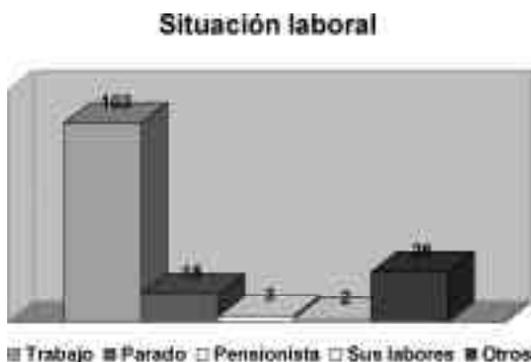


Encontrándonos como grupos de edad más importantes los de 26 a 30 y 31 a 35, lo que puede significar la necesidad de tener cierto poder adquisitivo para consumir sobre todo la cocaína.

Se recogió del mismo modo el nivel de estudios de la muestra, encontrando que la gran mayoría no habían llegado más que a conseguir los estudios primarios.



Por último se definió la muestra según la profesión, encontrándonos:



### ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Dentro de los policonsumos en el consumidor de cocaína el más frecuente es el de alcohol como droga primera y la cocaína como secundaria para mantenerse despierto.

Observando los motivos para el consumo de cocaína y alcohol (Generalitat Valenciana, 1997) comprobamos los siguientes:

| MOTIVOS PARA EL CONSUMO                              | ALCOHOL | COCAÍNA |
|--|---------|---------|
| Escapar a problemas personales                       | 11'6%   | 11'2%   |
| Gusto por lo prohibido                               | 8'1%    | 20'9%   |
| Por placer - Animarse.                               | 46'6%   | 48%     |
| Facilita la conversación - mejora el contacto social | 12'2%   | 5'3%    |

Estos motivos se correlacionan con los efectos del etanol y de la cocaína, lo que lleva a su consumo, a veces abusivo.

En nuestra muestra hemos tenido en cuenta los siguientes diagnósticos para realizar el estudio:

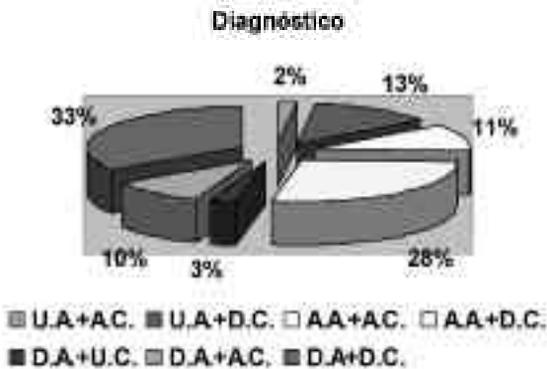
U.A. = Uso alcohol.

A.A. = Abuso alcohol.

D.A. = Dependencia alcohol.  
 U.C. = Uso cocaína.  
 A.C. = Abuso cocaína.  
 D.C. = Dependencia cocaína.

Hemos encontrado los siguientes diagnósticos combinados de alcohol y cocaína:

### *Efectos de la cocaína:*



Se han descrito distintos efectos por el uso abusivo de la cocaína (Cabrera, Torrecillas, et al. 1998) tanto en la esfera física como psíquica, así como la aparición de complicaciones sociales. Entre los efectos psíquicos cabe destacar:

Euforia y excitación con elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía, insomnio, hiperactividad motora y verbal, aumento de la capacidad de ideación e imaginación.

Y entre los efectos somáticos:

Elevación de la frecuencia cardíaca y presión arterial, vasoconstricción generalizada y palidez, temperatura corporal y actividad muscular aumentadas, midriasis, sudoración y temblor.

A todo ello tendríamos que sumar en este caso la aparición de hepatopatías, pancreatopatías, epilepsia, alteraciones de la conducta, la memoria o el carácter así como el grave deterioro social producido por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

### *Efectos del etanol:*

Cambios de carácter, fundamentalmente y por orden desinhibición, euforia, disminución de reflejos y somnolencia. Desde el punto de vista somático, alteraciones gástricas, pancreáticas, hepáticas, hematológicas, epilepsia, impotencia...

Y por último a nivel social, discusiones, reyertas, desajuste familiar, separación o degradación social...

### *Efectos del cocaetileno:*

Aumento de la euforia, ansiedad, incremento potencial del riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga.

Según el estudio de la Generalitat Valenciana (1997) las consecuencias del consumo de drogas serían las siguientes:

| CONSECUENCIAS                       | ALCOHOL | COCAÍNA | ALCOHOL<br>+ COCAÍNA* |
|-------------------------------------|---------|---------|-----------------------|
| Problemas en estudios               | 5'4%    | 4'5%    |                       |
| Problemas en trabajo                | 19'7%   | 9'5%    | 38'3%                 |
| Problemas familiares y de relación. | 5'4%    | 16'2%   | 79'2%                 |
| Problemas económicos                | 6'1%    | 19'2%   |                       |
| Enfermedades                        | 6'1%    | 8'9%    | 22%                   |
| Accidentes – Problemas legales      | 4'1%    | 5'7%    | 18'8%                 |

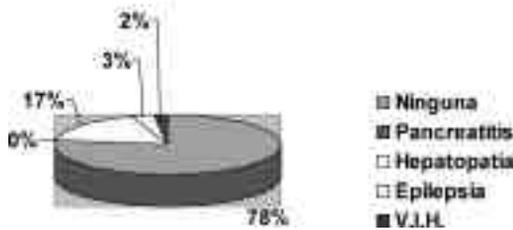
---

## RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO

---

No existe ningún estudio que haya estudiado las consecuencias del uso concomitante de ambas drogas por lo que para nuestra muestra hemos analizado las complicaciones agrupándolas en tres sectores, el físico, el psíquico y el familiar:

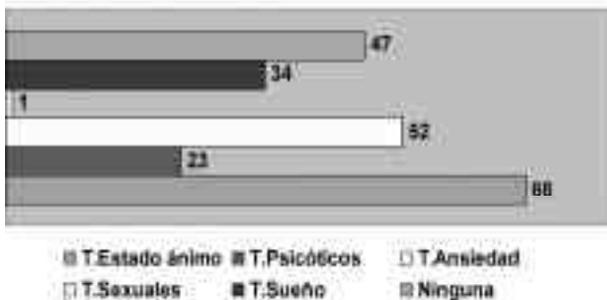
### Complicaciones físicas



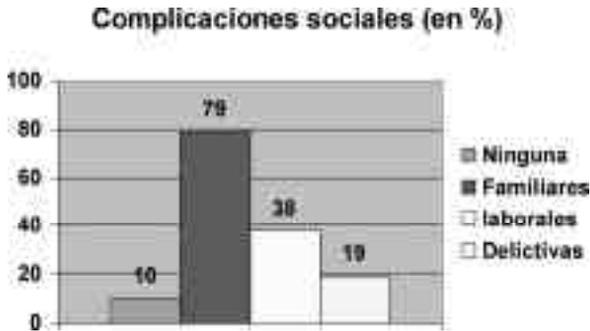
Debido probablemente a la edad de los pacientes la mayoría (78%) no presentan alteraciones físicas, no obstante en caso de sufrirlas predominan las hepatopatías (17%).

En segundo lugar observamos las complicaciones psíquicas que aparecen con mucha más frecuencia que las orgánicas, el 68'5% presentan alguna alteración psíquica, destacando los trastornos del estado de ánimo con un 45'6% y los trastornos de ansiedad con un 34'9%, no por su frecuencia pero si por su gravedad debemos señalar la presencia de los trastornos psicóticos en un 15'4% de los sujetos.

### Complicaciones psíquicas



Y en último lugar hemos analizado las complicaciones sociales:



Hemos podido observar que a mayor grado de dependencia a ambas sustancias mayor gravedad en las complicaciones aparecidas, sobre todo a nivel psíquico y social, siendo más grave si cabe siempre que esté presente la dependencia a la cocaína

Prácticamente el 90% presentan algún tipo de alteración social, siendo pues la complicación más frecuente.

Si tenemos en cuenta la combinación de los tres tipos de complicaciones sólo encontraríamos un 4% de sujetos de la muestra que no presenta ningún tipo de complicación.

Observando que cerca del 50% sufren al mismo tiempo complicaciones psíquicas y sociales, en especial trastornos del estado de ánimo y conflictos familiares, (7'4%).

Otra combinación es la de la aparición concomitante de alteraciones tanto físicas, psíquicas como sociales que llega a afectar a un 12'8% de la muestra.

También hemos querido valorar la motivación hacia el tratamiento, apareciendo claramente la presión familiar como motivo principal, lo cual es lógico teniendo en cuenta que la complicación más común es la familiar.



### *Tratamiento:*

Según Mark S. Gold, en su libro *Cocaína*, se precisan servicios psiquiátricos, sociales y de ayuda a la drogadicción además de la atención a aspectos familiares y de prevención de recaídas y aún así las tasas de éxito terapéutico son menores de las deseadas ( Gold, 1997).

En Estados Unidos se han ensayado distintos tipos de tratamiento, que abarcan desde el tratamiento ambulatorio, los grupos de autoayuda, las Comunidades terapéuticas (ingreso durante 18 meses), los programas de desintoxicación (con varios días de ingreso), los programas de dependencia química y por último los hospitales privados con una estancia de cuatro semanas en los que se realiza una desintoxicación más terapia de apoyo ( Gold, 1997).

Según el mismo autor, si las circunstancias lo permiten se prefieren los tratamientos ambulatorios, ya que no hay riesgo de síndrome de abstinencia físico, se puede llevar una vida normal y existe un menor estigma social. La base del tratamiento sería la psicoterapia de grupo junto con la intervención familiar o de pareja más el test de drogas.

Este tipo de intervención difiere significativamente de la empleada en los servicios estudiados por nosotros, donde la psicoterapia de grupo es prácticamente inexistente.

Las fases serían, primero la de abstinencia o desintoxicación, el objetivo sería limpiar al paciente de drogas durante un plazo de 30 – 60 días.

La segunda fase consistiría en detectar las situaciones de riesgo, antici-

par y prevenir la recaída, en esta fase se indica claramente la psicoterapia de grupo. En la terapia de grupo se exige a los pacientes que se abstengan de consumir cualquier sustancia, incluido el alcohol.

Por último al año de haber iniciado el tratamiento se deben trabajar los aspectos a largo plazo de una vida sin drogas, analizar el exceso de confianza contando con el apoyo psicológico necesario.

Sin lugar a dudas todos estos aspectos terapéuticos son aplicables al consumo mixto de alcohol y cocaína.

Dentro de los policonsumos en el consumidor de cocaína el más frecuente es el de alcohol como droga primera y la cocaína como secundaria para mantenerse despierto y cuyo tratamiento son los disuasorios del alcohol. (Cabrera, Torrecillas, et al. 1998; Miller et al, 1998).

En nuestra muestra la primera droga es la cocaína y la segunda el alcohol, ya que hemos encontrado más policonsumidores en las Unidades de conductas adictivas a drogas ilegales (N=92), que en las unidades específicas de tratamiento de alcoholismo (N=57).

A todo ello se le puede sumar la necesidad de aplicar distintos tratamientos farmacológicos (Gold, 1997; Cabrera, Torrecillas, et al. 1998; San Molina et al, 1999) que puedan ayudar al paciente a mantener la abstinencia mientras supera el hábito.

Precisamente del estudio realizado por L. San, se puede concluir que no existe ningún tratamiento farmacológico específico para la adicción a la cocaína. El mismo San indica que *"El tratamiento farmacológico de la dependencia de cocaína está concebido como una herramienta para ayudar a los pacientes a mantenerse abstinentes en conjunción con otros abordajes terapéuticos de tipo psicosocial"*. Lo que se hace más evidente si cabe ante una adicción mixta alcohol / cocaína.

Los fármacos más utilizados son:

- Antagonistas de la Cocaína (antagonistas de la dopamina): Bromocriptina – Amantadina – Pergolida – Mazindol.
- Antidepresivos: Tricíclicos (Desipramina – Imipramina); ISRS (Fluoxetina – Sertralina – Citalopram...); Trazodona; Mirtazapina; Bupropion.
- Anticonvulsivos: Carbamazepina.
- Antagonistas opioides: Naltrexona. - Eutimizantes: Litio.

Últimamente se está haciendo uso de fármacos antipsicóticos, neurolépticos de nueva generación, que han conseguido minimizar los efectos extrapiramidales y pueden producir un bloqueo en los neuroreceptores,

actuando como sedante e incluso se dice que como anticraving, estamos hablando de la Onlazapina o de la Risperidona.

Incluso hemos encontrado algunos trabajos que sugieren la posibilidad del uso del disulfiram junto con psicoterapia (Carrol, et al, 1998)

Nos llama poderosamente la atención como algunos de los fármacos indicados en el tratamiento de la dependencia a la cocaína tienen también su indicación en el tratamiento del alcoholismo, entre ellos los antidepresivos, la naltrexona, la carbamacepina y por supuesto el disulfiram, a los que podemos añadir el tiapride y el acamprosato entre otros (Swift, 1999; Alterman, 1993).

No obstante es conveniente en todo caso definir el tipo de psicoterapia, así como el uso de otros fármacos facilitadores de cambios en la conducta (Kunin, Smith y Amit, 1998).

En nuestro estudio es necesario considerar que en muchos pacientes deberemos de hacer un uso específico de los fármacos utilizados en la desintoxicación (tiapride, clometiazol, tetrabramato) y deshabituación (naltrexona, acamprosato, disulfiram, cianamida cálcica, ansiolíticos y antidepresivos) alcohólica como parte fundamental del tratamiento farmacológico.

En nuestra muestra el 64'4% no ha utilizado antidepresivos y de los que han tenido pauta farmacológica el 34'2% han sido tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En cuanto al uso de ansiolíticos su aplicación se ha hecho en un 26'2%, y los interdictores del alcohol se han utilizado en el 32'2% de los casos.

Probablemente estemos hablando de una infrautilización de los fármacos en estos pacientes, creemos que esto puede ser debido a que no existe una correlación clara de indicación terapéutica, excepto cuando aparece sintomatología ansiosa, del estado del ánimo, o abusos de alcohol con pérdida de control.

Nos queda pues como alternativa o complemento al tratamiento farmacológico, las intervenciones psicoterapéuticas. En este extremo si que podemos definir su importancia ya que de los 149 pacientes sólo 21, es decir el 14'1% queda sin intervención psicoterapéutica.

Si se produce intervención, el 98'5% tiene un enfoque conductual. De esta mayoritariamente el 82'6% se realiza de forma individual, el 23'5% es familiar y el 15'4% se trata de psicoterapia de grupo.

Estos datos difieren de los encontrados por Mark S. Gold, que suele emplear la psicoterapia de grupo.

Como complemento al tratamiento y en vistas de que la gran problemática aparecida es de carácter social podíamos entender la necesidad de la intervención social, sin embargo ésta sólo se produce en un 10% de los casos, lo cual queda explicado si valoramos la ausencia de trabajadores sociales en las Unidades de Conductas Adictivas, lo que demostraría su necesaria presencia e intervención. Este hecho se intenta subsanar atendiendo a que el mayor conflicto social es el familiar, complicación que suele ser tratada mediante la psicoterapia.

Es importante destacar que el 47'7% de los pacientes reciben un doble tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y que prácticamente 3 de cada 4 pacientes que reciben apoyo social además reciben apoyo farmacológico y soporte psicoterapéutico, aunque estamos hablando sólo de un 7'4% de sujetos de la muestra.

La intervención suele ser diferente según las complicaciones que presente el paciente pero sobre todo utilizamos la psicoterapia más la farmacopea cuando estamos delante de alteraciones psíquicas y sociales.

Con la aplicación de estos métodos terapéuticos, nos encontramos con los siguientes resultados, al primer, segundo, tercer, sexto y doceavo mes de tratamiento.

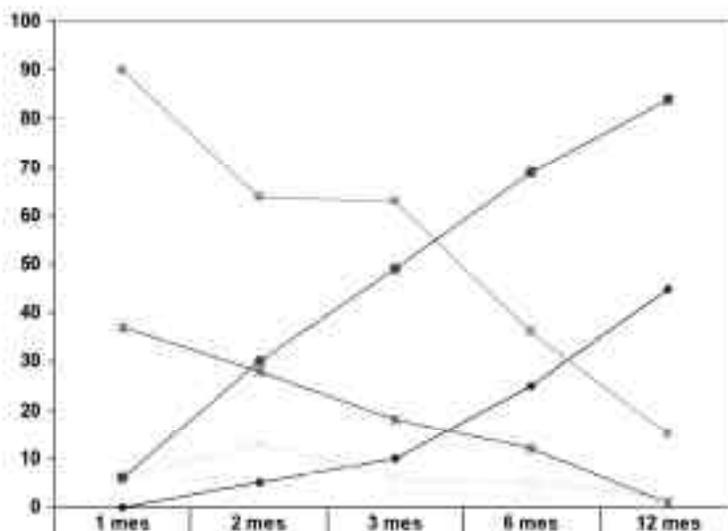
Observamos como con el paso del tiempo va aumentando el número de abandonos, 84 a los 12 meses de los 149 iniciales.

No obstante no todos los pacientes de nuestro estudio han cubierto el período de doce meses, pero la tendencia general que comprobamos, es al abandono o al consumo de sustancias, permaneciendo abstinentes solo 15 personas a ambas sustancias, lo que representa un escaso 10% del total.

Por último podemos observar las altas terapéuticas producidas, o lo que es lo mismo la adhesión al tratamiento. Son solo un 3% de los pacientes los que consiguen el alta terapéutica, lo que nos da a entender el fracaso de los enfoques terapéuticos utilizados.

Resumen de la abstinencia (consumo de...)

— tiempo — Ninguna Alcohol — Cocaína — Ambas — Abandono



|          | 1 mes | 2 mes | 3 mes | 6 mes | 12 mes |
|----------|-------|-------|-------|-------|--------|
| tiempo   | 0     | 5     | 10    | 25    | 45     |
| Ninguna  | 90    | 64    | 63    | 36    | 15     |
| Alcohol  | 10    | 5     | 3     | 2     | 2      |
| Cocaína  | 6     | 13    | 8     | 5     | 2      |
| Ambas    | 37    | 28    | 18    | 12    | 1      |
| Abandono | 6     | 30    | 49    | 69    | 84     |

Tipo de alta



■ Continúa TTO. ■ A. Terapéutica.  
 □ Abandono □ Otros tipos

## CONCLUSIONES

El policonsumo más extendido entre los consumidores de drogas, es el de etanol y cocaína, debido a los efectos euforizantes y estimulantes del cocaetileno, al contrarrestar los efectos depresores del alcohol.

Esto ha generado una nueva demanda de tratamiento en las Unidades de Conductas adictivas, fundamentalmente de gente joven de entre 20 – 40 años, especialmente varones que suelen acudir por la presión familiar consecuente con las alteraciones del comportamiento manifestadas en el entorno familiar.

El consumo puede desembocar en una dependencia a una o ambas sustancias, lo que va a facilitar alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, trastornos psicóticos, conflictos familiares y laborales y la aparición en algún caso de hepatopatías.

Una vez que el sujeto es “traído” a tratamiento, se suele realizar una propuesta de abstinencia a bebidas alcohólicas, en algún caso utilizando fármacos propios para la desintoxicación alcohólica e interdictores del etanol. En un tercio de los pacientes se utilizan antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

Pero básicamente el tratamiento utilizado es el psicoterapéutico, en el 85% de los casos, mayoritariamente con un enfoque cognitivo – conductual (98'5%) y fundamentalmente individual.

Sólo en un 10% de los casos se les da un soporte social. Hay que recordar la falta de Trabajadores sociales en las Unidades de Conductas adictivas, a pesar de que más del 70% presentan complicaciones sociales.

No obstante y conforme pasa el tiempo, la tasa de retención disminuye y la abstinencia a ambas sustancias disminuye. De forma mayoritaria los pacientes abandonan el tratamiento, habiendo conseguido el alta terapéutica sólo 4 de los 149 pacientes estudiados.

Si tenemos en cuenta estos datos y la vía de entrada a tratamiento (presión familiar), podemos admitir que estos policonsumidores no presentan motivación propia ni suficiente para el tratamiento y parece ser que los medios terapéuticos empleados no son útiles para este tipo de pacientes.

Todo ello nos obliga a reestructurar el enfoque asistencial empleado en este trastorno por dependencia mixta a sustancias, puede que la psicoterapia de grupo y los nuevos fármacos antipsicóticos o neurolépticos de nueva generación podrían aportarnos nuevas alternativas.

ANEXO I.  
PROTOCOLO DE ESTUDIO DE COCAÍNA.

1. N<sup>o</sup> Historia:                      Fecha de inicio de tratamiento:    /    / 199

2. Sexo :                       1. Hombre                       2. Mujer

3. Población :                       1. Rural                       2. Urbana

4. Vía de Entrada:  
 1. Iniciativa Propia     2. Servicios Sanitarios     3. Servicios Sociales

5. Estudios :  
 1. Primarios                       2. Secundarios                       3. Superiores

6. Edad:

7. Profesión :  
 1. Cumpliendo servicio militar o prestación sustitutoria.  
 2. Con relación laboral o contrato indefinido (aunque esté de baja) o trabajador por cuenta propia.  
 3. Con contrato o relación laboral temporal.  
 4. Trabajando sin sueldo para la familia.  
 5. Parado, no habiendo trabajado antes.  
 6. Incapacitado permanente o pensionista.  
 7. Estudiando u opositando.  
 8. Realizando labores hogar  
 9. Otros.

*2<sup>o</sup>/ Diagnóstico*

|   |   |
|---|---|
| 8. Alcohol:                             | 9. Cocaína:                             |
| <input type="checkbox"/> 1. Uso         | <input type="checkbox"/> 1. Uso         |
| <input type="checkbox"/> 2. Abuso       | <input type="checkbox"/> 2. Abuso       |
| <input type="checkbox"/> 3. Dependencia | <input type="checkbox"/> 3. Dependencia |

### 3º Complicaciones

10. Físicas:  1. Hepatopatías  
 2. Pancreatopatía  
 3. Epilepsia  
 4. V.I.H
11. Psíquicas:  1. Trastornos estado ánimo  
 2. Trastornos psicóticos  
 3. Trastornos ansiedad  
 4. Disfunciones sexuales  
 5. Trastornos sueño.
12. Sociales:  1. Familiares  2. Laborales  Delictivas

### 4º Motivación:

1. Presión Familiar.  
 2. Problemas Económicos.  
 3. Problemas Judiciales.  
 4. Problemas de Salud.

### 5º Tratamiento:

14. Farmacológico:  
A. Antidepresivos:  1. NO  2. ISRS  3. Tricíclicos  4. Otros  
B. Ansiolíticos:  1. NO  2. SI: \_\_\_\_\_  
C. Interdictores alcohol:  1. NO  2. SI
15. Intervenciones Psicoterapéuticas:  
A. Enfoque:  1. Sin intervención  
 2. Dinámico  
 3. Conductual  
 4. Sistémico  
 5. Otros \_\_\_\_\_

B. Tipo de Psicoterapia

1. Ninguna     2. Individual     3. Familiar     4. Grupal

C. Intervención Social:

1. NO     2. SI

**6º Seguimiento Abstinencia**

16. Primer mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

17. Segundo mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

18. Tercer mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

19. Sexto mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

20. Doceavo mes (Consumo de...):

1. Ninguna     2. Alcohol     3. Cocaína     4. Ambas

**7º Altas**

21. Tipo de alta

1. Continúa tratamiento.  
 2. Alta Terapéutica  
 3. Abandono  
 4. Ingreso Prisión

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alterman, A y Mclellan, C. (1998). Impatient an Day Hospital Treatment Services for Cocaine an Alcohol Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, (1993). vol. 10; 269-275.
- Cabrera Bonet, R.; Torrecillas Jiménez, J.M. et al. (1998). *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Cauce.
- Carroll, K et al. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychoterapy and disulfiram. *Addiction* 93(5), 713-728.
- Generalitat Valenciana (1997). El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana. Valencia: Dirección General de Drogodependencias.
- Gold, M. (1997). *Cocaína*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Kunin, D; Smith, B.R. y Amit, Z.(1998) Center for Studies in Behavioral Neurobiology, Concordia University, Montreal, Canadá. Ethanol and Cocaine interaction on conditioned taste aversion. *The Ninth Congres of the ISBRA Abstracts*. Supplement to Alcoholism Clinical and Experiental Research. Volume 22, number 3..
- Norman S. Miller et al. (1989).The Diagnosis of Alcohol an Cannabis Dependence in Cocaine Dependents and Alcohol Dependence in their Families. *British Journal of Addiction* 84, 1491-1498.
- Randall, T. (1992). Cocaine, alcohol, mix in body to form even longer lasting, more lethal drug. *JAMA*, 267, 6 1043 – 1044.
- Robert M. Swift, (1999). Tratamiento farmacológico del alcoholismo. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 340. Mayo 13,. Nº 19.
- San Molina, L. et al. (1999). Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de cocaína. *Trastornos Adictivos* 1 (1): 34-47.

*Para Correspondencia*

Francisco Pascual Pastor.  
Unidad de Alcoholología.  
C/ El Camí, 40 – 03802 Alcoi. Alicante.  
Tfn: 965 54 30 47 – FAX: 965 54 31 67.

Investigación subvencionada por el Instituto de Investigación en Drogodependencias (I.N.I.D.) de la Universidad Miguel Hernández.

---

## MALOS TRATOS SOBRE MUJERES DE LA PROVINCIA DE VALENCIA

---

**Miguel Ángel Torres**  
**Mary-Pepa García Más**  
**Montserrat Rebollida**  
**Raquel Valdés.**

*Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías  
Torrent, Valencia.*

### RESUMEN

---

Se admite que, al menos, una de cada cinco ciudadanas de la UE ha sido víctima de violencia doméstica, y creemos que, por desgracia, todavía es más frecuente en España, para ello se propuso un estudio gestionado por Socidrogalcohol, subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas, del que se van a derivar otros hacia otras comunidades más específicamente.

**Objetivos:** *Objetivo general:* relacionar el consumo de alcohol y los malos tratos a la pareja, así como algunos factores asociados al mismo. *Objetivos específicos:* conocer algunos aspectos vinculados a las características sanitarias y sociales de las mujeres que hubieran podido sufrir malos tratos.

**Metodología:** Se estudió una muestra de mujeres de la provincia de Valencia, entre mujeres que habían sufrido malos tratos y se hallaban en centros de acogida como grupo general y entre mujeres que participaban en asociaciones de alcohólicos rehabilitados o centros de atención al alcoholismo, fundamentalmente como esposas, como grupo específico, que quisieran voluntariamente participar. Siendo la muestra final de 148 mujeres.

Las variables que se estudiaron fueron las características sociodemográficas, violencia y malos tratos en hogar, denuncias problemas legales, asociación entre alcohol y violencia familiar.

Es un estudio abierto, muestra con participación voluntaria. Se puede definir como descriptivo y al que queremos establecer algunas comparaciones entre ambos entre ambos grupos de mujeres, sin llegar a ser un grupo control. Se ha realizado con cuestionario elaborado ad hoc para la recogida de dicha información y obtenida con personal entrenado en los servicios sociales y de atención a mujeres.

**Resultados:** El 62% eran mujeres de centros de acogida y el resto en centros de alcoholismo. Las edades más frecuentes oscilaban entre los 36-45 años. Una mayoría de ellas estaba o había estado casada por la iglesia o por lo civil. Los ingresos mensuales se situaban entre las de 100.000 pesetas o menos. Un 77% de ellas había tenido hijos. El 49% eran amas de casa y un 40% trabajaban en casa y fuera de ella. Los trabajos más frecuentes fueron las limpiezas, administrativas y hostelería. Sus parejas tenían trabajo remunerado en un 34% en el grupo general y 42% entre las del grupo específico

Un 18% consumía alcohol habitualmente y un 63% no bebía.

Un 56% de las parejas del grupo general bebía y actualmente no lo hacía un 25,7%. Entre ellos había un 46% de bebedores diarios o casi diarios, aunque hay que decir que de las mujeres que respondieron, un 60% no sabía exactamente cuánto bebía ni con qué frecuencia lo hacía. Por lo que respecta al grupo específico, a pesar de ser centros de rehabilitación de alcohólicos un 11% de ellos seguía bebiendo.

Al menos, un 30% de ellas había recibido tratamiento psiquiátrico, por ansiedad o depresión. Al menos, un 18% de sus parejas había recibido tratamiento psiquiátrico.

Entre los antecedentes de agresiones en las familias, nos respondieron que un 23% de ellas habían sufrido malos tratos en su familia, especialmente procedentes de sus padres. La mayoría de las agresiones fue de tipo físico y psicológico, seguido de violencia sexual en el grupo general. En el grupo específico, predominaban las que respondieron que habían sido malos tratos psicológicos.

El inicio de las agresiones en el grupo general fue al año de matrimonio, seguidas de las que nos mencionaron que habían sido maltratadas ya en el noviazgo y al nacer el primer hijo.

Por lo que respecta a los motivos del inicio de las agresiones fueron los siguientes: desconfianza en sí mismos, problemas económicos, problemas laborales y por el consumo de alcohol de la entrevistada.

Los motivos para plantearse las denuncias fueron: la pérdida de miedo al agresor, el miedo a la muerte, la mayor ayuda de la administración y

una mayor sensibilidad social. No denunciaron por: dependencia económica, miedo a represalias, nuevo comportamiento del marido, vergüenza y sentimientos de culpa.

Entre las consecuencias de los malos tratos podemos encontrar: síntomas depresivos, miedo a las represalias, miedo a perder la tutela de los hijos, intentos de suicidio, inicio consumo de alcohol.

Hemos cruzado una serie de variables que definirían al alcohólico como es el consumo del mismo, la frecuencia y la cantidad, con variables como los motivos para iniciar los malos tratos, tiempo en qué empezaron los malos tratos y el haber denunciado los malos tratos, encontramos que hay correlaciones significativas entre consumo de alcohol de la pareja y el haber tenido problemas laborales y problemas económicos y su consumo de alcohol, el haber empezado los malos tratos en el noviazgo.

El número de consumiciones correlaciona significativamente con: su consumo de alcohol, los celos y problemas de salud mental, junto con su costumbre de pegar a las mujeres.

La frecuencia de consumo de alcohol de la pareja ha correlacionado significativamente con: iniciar las agresiones al nacer el primer hijo.

**Conclusiones:** Los datos obtenidos nos permiten afirmar que el consumo de alcohol de las parejas ha sido una causa frecuente entre las mujeres maltratadas, así como nos encontramos con un perfil aproximado de las características de estos grupos de mujeres que, por desgracia son frecuentes en nuestro país

**Palabras Clave:** mujeres, malos tratos, violencia doméstica, alcohol, alcoholismo

---

## ABSTRACT

---

It is admitted that, at least, one of each five citizens of the EU has been victim of domestic violence, and we believe that, unfortunately, it is still more frequent in Spain. It is intended a study carried out by Socidrogalcohol, subsidized by the National Plan on Drugs, of which will be derived others specifically toward other more communities.

**Objectives:** *General Objective:* to relate the consumption of alcohol and the rough treatments to the couple, as well as some factors associated to the same one. *Specific objectives:* to know some aspects linked to the sanitary and social characteristics of the women that had been able to suffer rough treatments.

**Methodology:** a sample of women of the province of Valencia was studied, among women that had suffered rough treatments and they were in welcome centers as general group and among women that participated in recovery alcoholic' associations or centers of attention to the alcoholism, fundamentally like wives, as specific group that wanted voluntarily to participate. Being the final sample of 148 women.

The variables that were studied, were the sociodemographic characteristics, violence and rough treatments at home, accusations of legal problems, association between alcohol and family violence.

It is an open study, it shows with voluntary participation. It can be defined as descriptive and to the one that want to stablish some comparisons between both between both women's group, whitouth ending up being a group control. It has been carried out with questionnaire elaborated ad hoc for the collection of this information and obtained with personnel trained in the social services and of attention to women.

Results: 62% were women of refuge centers and the rest in centers of alcoholism. The mos frequent ages oscillated among 36-45 years. A majority of the were or had benn married by the Church or for the Civil way. The monthly revenues were located among those of 100.000 Spanish Pesetas or less. 77% of them had had children. 49% were housewives and 40% they worked at home and outside of her. The most frequent works were the cleanings, administrative and hostelry. Their couples had work remunerate in 34% in the general group and 42% among those of the specific group.

18% Habitually consumed alcohol and 63% didn't drink.

56% Of the couples of the general group drank and at the moment didn't make it 25,7%.

Among them there were 46% of daily or almost daily drinkers, although it is necessary to say that of the women that responded, 60% didn't know exactly how much they drank, neither with what frequency him toward. Regarding the specific group, in spite of being rehabilitation centers of alcoholic 11% of them it continued drinking.

At least, 30% of them had received psychiatric treatment, for anxiety or depression. At least, 18% of its couples had received psychiatric treatment.

Among the antecedents of aggressions in the families, they responded us what 23% of them had suffered rough treatments in its family, specially coming from its parents. Most of the aggressions were of physical and psychological type, followed by sexual violence in the general

group. In the specific group, those that responded prevailed that they had been rough psychological treatments.

The beginning of the aggressions in the general group went to the year of marriage, followed by those that mentioned us that they had already been mistreated in the courtship and when being born the first son.

Regarding the reasons of the beginning of the aggressions they were the following ones: distrust in themselves, economic problems, labor problems and the consumption of the interviewee's alcohol.

The reasons to think about the accusations were: the loss of fear to the aggressor, the fear to the death, the biggest help in the administration and a bigger social sensibility. They didn't denounce for: economic dependence, fear to reprisals, the husband's new behaviour, shame and blame feelings.

Among the consequences of the rough treatments we can find: depressive symptoms of the rough treatments, fear to the reprisals, fear to lose the guides of the children, suicide intents, beginning consumption of alcohol.

We have crossed a series of variables that they would define the alcoholic as it is the consumption of the same one, the frequency and the quantity, with variables as the reasons to begin the rough treatments, time in wait the bad are significant correlations among consumption of alcohol of the couple and having had labor problems and economic problems and their consumption of alcohol, the jealousies and problems of mental health, together with its habit of hitting the women.

The frequency of consumption of alcohol of the couple has correlated significantly with: to begin the aggressions when being born the first son.

**Conclusions:** The obtained data allow us to affirm that the consumption of alcohol by the couples has been a frequent cause among the battered women, as well as we meet with an approximate profile of the characteristics of these groups of women that, unfortunately they are frequent in our country.

**Key words:** women, rough treatments, domestic violence, alcohol, alcoholism, battered women.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La violencia sobre las mujeres por sus compañeros varones, es un aspecto frecuente dentro de las relaciones entre ambos y escasamente

identificado como un factor causal de múltiples aspectos físicos y psicológicos, tanto en servicios médicos como de salud mental. Esto se debe a múltiples factores, entre ellos el porque no se pregunta adecuadamente, porque es fruto de la vergüenza y porque se ofrece poca ayuda a las mujeres. Los hombres maltratadores y las mujeres maltratadas podemos encontrarlos en todos los niveles sociales, también entre los jóvenes, los más pobres, hombres de bajo nivel cultural que han sufrido malos tratos, etc. son los que presentan mayor riesgo de producir malos tratos a sus esposas. Además, los trastornos antisociales de la personalidad, los depresivos, los que abusan del alcohol, a su vez, incrementan el riesgo de ser maltratadores. Contrariamente a las creencias populares, la violencia del marido a la mujer es, frecuentemente motivada por sus necesidades de controlarlas debido a su pérdida de control. Las mujeres maltratadas, por el contrario, no muestran unos marcadores previos de riesgo de ser maltratadas, excepto por sus historias de violencia parental en sus familias de origen. Las agresiones contra las mujeres por sus compañeros varones son un serio problema de salud pública que no ha sido bien enfocado por la sociedad en su conjunto y, en muchas ocasiones por el sistema legal, los médicos y los servicios sociales.

En Estados Unidos, por ejemplo, en atención primaria, se ha detectado que 1 de cada 20 mujeres, en 1995. Una de cada cinco ha experimentado agresiones en su vida adulta y una de cada tres ha sufrido malos tratos en la infancia por parte de algún adulto. Los malos tratos domésticos están asociados con la soltería o la separación, el nivel socioeconómico, el abuso de drogas, los síntomas psicológicos específicos, síntomas físicos específicos.

En España, se denunciaron en 1998, 33.000 casos de malos tratos a mujeres, y de ellos se supone que representan entre un 10-20% de los casos posibles de malos tratos.

El alcoholismo, como causa de malos tratos, puede estar implicado en la producción de celos patológicos.

En Arkansas en 1995, se investigaron una serie de variables relacionadas en centros de acogida de mujeres maltratadas. El agresor, habitualmente el soporte de la familia, usuario de alcohol. Estas mujeres sufrieron malos tratos en la infancia. Los padres de dichas mujeres eran alcohólicos, con agresiones hacia las madres de las acogidas y agresiones sexuales hacia las mujeres maltratadas. La violencia doméstica, desgraciadamente es bastante frecuente. Siendo la causa más común de las agresiones hacia las mujeres, por encima de los accidentes de automóvil,

asaltos y violaciones conjuntamente. Las estadísticas nacionales demostraron en 1990 que entre 2 y 4 millones fueron físicamente maltratadas, cada año, por sus compañeros. Algunas entre el 21 y 30% de mujeres habían sido golpeadas por su compañero, al menos una vez. Además, agresiones domésticas ocurren, al menos una vez en más de la mitad de todos los matrimonios. De hecho, las agresiones domésticas, son la forma más frecuente de los crímenes violentos. Esta violencia se extiende, también a los niños. Se calculaba que en U.S.A. hubo en 1986 1.600.000 maltratados o agredidos, abandonados, etc.

El alcohol se ha considerado como un factor de riesgo de los varones contra las mujeres en los casos de agresiones domésticas. Otros datos sugieren que algunas mujeres, víctimas de malos tratos domésticos, desarrollan algún abuso de sustancias en respuesta a su victimización. Sin embargo, algunos estudios varían en sus interpretaciones sobre la naturaleza exacta de la relación entre el abuso de drogas y los malos tratos domésticos, hay evidencia que la unión entre el abuso de drogas y los servicios para mujeres maltratadas manifiestan un impacto positivo en el cese de las agresiones y la aparición de este tipo de centros. Frecuentemente, sin embargo, la asociación entre los centros para ambos problemas es muy rara y escasísima. Hay grandes dificultades para asociar el abuso de drogas o alcohol y los centros para mujeres maltratadas, incluyendo las diferencias filosóficas entre las diferencias del tratamiento y los impedimentos estructurales que hacen difícil esa aproximación.

El saber popular menciona frecuentemente la relación entre el abuso de alcohol y los malos tratos domésticos; sin embargo, esta interacción no se está reconociendo ni incluyendo en los programas de tratamiento.

Algunas investigaciones indican que hay un soporte teórico para una teoría integrada de la relación de los efectos intoxicación-victimización. Sin embargo, los autores han encontrado que el consumo previo de alcohol por las mujeres relacionadas con su agresión no se ha establecido previamente. Se admite la evidencia de la relación de los efectos de la intoxicación-victimización es muy importante entre los estudios sobre violación, homicidio y estudios sobre las mujeres alcohólicas. A pesar de la estrecha asociación entre el uso de alcohol con las agresiones a la esposa intoxicada es altamente variable. Para los autores la relación embriaguez con la victimización puede ser una relación espuria, a través de las embriagueces de sus maridos y por la vía de los efectos indirectos de las historias de victimización en la familia de origen de ambos cónyuges.

En dos estudios de casos controles encontraron diferencias significativas entre los diagnósticos y las características de las víctimas y las no víctimas; las agredidas presentaban una tasa de incidencia psiquiátrica; más agredidas presentaban evidencias de tratamientos psiquiátricos; tanto las ingresadas como las ambulatorias, en los 5 años previos, las agredidas tenían mayores tasas de tentativas de suicidio y problemas con el alcohol, frente a las no agredidas. Los hallazgos, mostraron la necesidad de la prevención y el tratamiento de las condiciones psiquiátricas de las víctimas de la violencia doméstica, incluyendo problemas por el uso de alcohol e ideas suicidas. Estos hallazgos nos servirán como base de las hipótesis para posteriores estudios para investigar la asociación entre los malos tratos domésticos y las enfermedades psiquiátricas.

Rivara et al. 1997 concluyeron que el alcohol y el uso de drogas ilícitas parecen estar asociados con un incremento de riesgo de muerte violenta. El riesgo de homicidio se incrementó para los que no abusaban de sustancias que vivían en hogares en los cuales vivían otros miembros que abusaban de alcohol o drogas. El concepto del individuo en riesgo de ser un homicida puede ser ampliado no solo entre los que abusan de alcohol o drogas, sino entre aquellos que podrían estar expuestos al riesgo que le producían los otros.

En un centro de urgencias del centro de Nashville (USA) en 1997, encontraron que la prevalencia de violencia doméstica entre hombres y mujeres fue elevada aunque no había diferencias estadísticas en esta población. Encontraron que las mujeres habían experimentado significativamente más violencia no física que los hombres con la prueba de c2. Con la regresión logística encontraron que habían experimentado más violencia no física, tanto en el pasado como en el presente que los hombres. La violencia doméstica se asoció frecuentemente con la ideación suicida, el uso de alcohol y la historia familiar de agresiones o violencia.

Otros autores en 1997 en un estudio realizado en Memphis, evaluaron las características de las víctimas y maltratadores por violencia doméstica, hallaron que la mayoría de las víctimas de los malos tratos domésticos que habían solicitado ayuda de la policía, había recurrido poco a los servicios médicos y de salud mental, aunque las agresiones fueran frecuentes, Las víctimas y los agresores habían tenido, en un porcentaje importante, antecedentes de malos tratos en sus hogares de origen. 92% de los agresores, manifestaban uso de alcohol o de otras drogas el día que agredieron y, en un 72% habían tenido arrestos por agresiones o peleas.

En otro estudio realizado en Baltimore, 1997 entre mujeres atendidas en centros de atención primaria, estudiaron los antecedentes de abusos en su infancia, relacionándolos con los abusos y agresiones actuales. Como conclusión encontraron que los abusos físicos o sexuales en su infancia se asociaban con problemas de salud en la edad adulta incluyendo síntomas físicos, problemas psicológicos y, abuso de sustancias; para muchas variables, esta asociación es muy fuerte especialmente entre las mujeres que actualmente están sufriendo abusos y malos tratos.

El aserto de la asociación entre malos tratos y consumo de alcohol por los maltratadores, también se estudió en el mundo rural de la India, siendo éste uno de los factores más relacionados, junto con las dotes inadecuadas, con la de que entre la comunidad son aceptadas como consentidas. Además, las mujeres esterilizadas o con menor número de hijos, son las candidatas a los malos tratos.

Dunnegan, 1997 realizó una revisión sobre trastorno por estrés post-traumático, violencia y violencia doméstica, sugiriendo que la conducta violenta, los traumas y el abuso de drogas tenían una conexión sustancial; al mismo tiempo encontró que la vergüenza es una poderosa aliada de la ira. La vergüenza impregna muchos niveles de la sociedad, el individuo, la familia, las instituciones y la comunidad. Las acciones en temas penales están dirigidas a promocionar más vergüenza en la población que se ha saturado en la mayoría de niveles de la cultura. La atención se focaliza sobre el papel del alcohol y otras drogas en el ciclo de la violencia. La conducta violenta, los individuos agresivos y las víctimas de los malos tratos suelen estar ampliamente afectadas emocionalmente, físicamente, políticamente y espiritualmente por el uso de alcohol u otras drogas. Esto sugiere que cualquier programa diseñado a promocionar y mejorar las conductas violentas, para las víctimas y los agresores, incluyendo dichos grupos. Las actuaciones han sido las de reducir el estrés, mejoras en la escritura, parejas de agresores y agredidas, y manejo de la angustia y de los conflictos de pareja.

En un estudio en la zona de Bergen (Noruega) en 1997, se observó que las mujeres maltratadas en la calle o en locales públicos eran más jóvenes que las agredidas en sus domicilios, ambas, en un porcentaje importante bajo los efectos de alcohol. Las agresiones domésticas requirieron más ingresos en los hospitales que las más jóvenes.

En Nueva Zelanda, 1998 en un estudio longitudinal entre mujeres con patología psiquiátrica postraumática asociada a malos tratos domésticos, sufrían fundamentalmente: ansiedad, distimias, depresión, fobias, abuso

de alcohol, abuso de drogas. Si además habían recibido malos tratos en su infancia, el riesgo de diagnóstico psiquiátrico fue superior, además, presentaban un mayor riesgo de consumo de alcohol.

También en Líbano se asocia significativamente el maltrato doméstico entre las familias de bajos ingresos con abuso de alcohol, asociados a problemas previos estresantes como situaciones de mal ajuste emocional, escasos ingresos económicos, y escaso empleo.

En New Jersey, 1998 se relacionaron variables sociodemográficas, disponibilidad de alcohol y tasa de malos tratos domésticos, en 223 grandes municipios, empleando análisis bivariado y multivariado, encontraron como variables predictoras de los malos tratos la asociación de desventajas sociales, junto con la densidad de uso de alcohol.

En un estudio sobre hombres agresivos y no agresivos y sus esposas en 1998, los distribuyeron en dos grupos, uno con un placebo no alcohólico y otro con alcohol, en sesiones con sus esposas, estudiados con el Marital Interaction Coding System. Las parejas agresivas exhibieron una conducta negativa mayor y más altos niveles de reciprocidad negativa en su interacción, que las parejas que no eran agresivas. La administración de alcohol conduce a los hombres, pero no a las mujeres, a un incremento de intentos de resolución de sus problemas. El alcohol, pero no el placebo, se dirige a incrementar la negatividad de ambos, tanto de esposos como de esposas.

En un estudio para determinar factores predictores de trastornos de conducta, dependencia alcohólica o ser agresor o víctima de agresiones en una población de indios navajos, determinaron que los abusos físicos son un factor de riesgo significativo para la dependencia alcohólica así como de malos tratos domésticos, independientemente de los efectos del abuso de alcohol. Los efectos del abuso sexual en relación con los malos tratos domésticos y la dependencia alcohólica no parecen ser significativos.

McCauley et al. 1998 con el objetivo de determinar en las mujeres que han sufrido malos tratos de baja intensidad difieren en el número de síntomas físicos, distrés psicológico o abuso de alcohol u otras drogas, comparado con las mujeres que han sufrido malos tratos de forma severa. En el estudio se determinó que los malos tratos de menor intensidad se asociaron con problemas físicos y mentales en la salud de esas mujeres. Los datos sugerían una relación dosis-respuesta entre la severidad de los malos tratos y el grado de distrés físicos y psíquicos.

En centros rurales de población mayoritariamente hispana, con muy bajos ingresos, en Texas, se hizo un estudio para relacionar violencia

doméstica y abuso de alcohol, se examinó la prevalencia de los malos tratos a las esposas. La correlación entre ciertos factores sociales con la violencia doméstica, entre 155 mujeres adultas. El estudio reveló que, al menos un 19% había sido maltratada. Un análisis bivariado mostró una relación positiva entre los malos tratos a la esposa y el uso de alcohol o alguna otra droga por parte de sus compañeros sentimentales. El abuso fue relacionado significativamente con la localización de dicha comunidad y los centros de atención primaria.

En 1999, Leonard y Quigley en un estudio cuyo objetivo fue el de demostrar si los hombres recién casados maltratadores domésticos eran más bebedores que los que no lo hacían. Encontraron escasa relación entre la agresión familiar y el haber consumido alcohol, tanto el hombre como la mujer. La propuesta era examinar la relación entre el beber del marido o de la esposa y la asociación con el insulto, la agresión moderada o la agresión física severa. Entre los resultados encontraron que el beber del marido, estaba más relacionado en los episodios de violencia física y agresión verbal. El beber de la esposa se relacionó más con haber sufrido una agresión severa. Los autores concluyeron que el uso de alcohol podría contribuir a la aparición de agresiones domésticas, especialmente en las etapas tempranas del matrimonio.

En un estudio realizado en Sao Paulo en 1999, sobre agresiones domésticas y su relación con la clase social, en un hospital con un estudio casos controles, determinando que la clase social es un factor importante en el fenómeno de la victimización por agresiones físicas, especialmente en el subproletariado que, según los autores precisan atención a través de estrategias específicas.

En Philadelphia, Grisso et al. Observaron que aunque las tasas de mortalidad por agresiones eran mucho mayores entre las mujeres negras que entre las blancas en USA, todavía es poco conocida la correlación entre las agresiones violentas entre las mujeres negras que vivían en las áreas urbanas. Hicieron un estudio de casos controles en centros de urgencias. Como conclusiones determinaron que las mujeres urbanas, de bajo nivel económico, han sufrido más malos tratos de sus compañeros que además abusaban de alcohol u otras sustancias, como la cocaína.

Kyriacou et al. 1999 mantienen que la violencia doméstica es la más común de las causas de agresiones no mortales entre las mujeres en USA. Para identificar los factores de riesgo de esas injurias, examinaron las características socioeconómicas y conductuales entre las mujeres que fueron víctimas de agresiones domésticas y entre los hombres que las agre-

dieron. La mayoría de las mujeres tuvieron contusiones, quemaduras, laceraciones, fracturas y dislocaciones, por éste orden. Correlacionándolas con las características de sus compañeros, encontraron en éstos con un incremento de riesgo de infringir daños como resultado de las agresiones violentas especialmente cuando abusaban de alcohol, algún uso de drogas, empleos discontinuos, desempleo, bajo nivel cultural, etc. Como conclusiones obtuvieron que la mayoría de las mujeres en riesgo de sufrir malos tratos, están entre las que sus compañeros abusaban de alcohol o drogas, con bajo nivel cultural o desempleados, o eran sus antiguos maridos o fueron sus novios.

Parsons y Harper, 1999 describieron la frecuencia de agresiones domésticas y abuso de sustancias entre unas series de agresiones relacionadas con muertes maternas, conocimiento por parte de los obstetras de las agresiones domésticas en las que se ha fallecido por agresión del compañero o por las depresiones con el suicidio como solución final, así como los posibles riesgos por parte de las parejas de hecho, así como mujeres que no eran blancas. Como conclusión mantuvieron que el alcohol y las agresiones domésticas son muy frecuentes en los grupos de muertes maternas por agresiones. La violencia doméstica y la depresión, a menudo pasan desapercibidas por los servicios obstétricos en ese tipo de agresiones.

En Venezuela 1999, en un estudio para conocer las agresiones en las parejas y hacia los hijos, relacionándolo con una serie de factores como el sexo, ingresos económicos, educación, estado civil, situación laboral, licencia de armas, abuso de alcohol, atracción por los programas violentos de TV y factores culturales como las normas sociales acerca de la agresión entre las parejas y con los hijos, aspectos culturales del castigo, capacidad para expresar la angustia y el manejo de los conflictos de forma no violenta, como predictores de las conductas no violentas. Los resultados mostraron un nivel bajo de violencia entre las parejas. Sobre los hijos, las madres suelen ser más agresivas, especialmente relacionadas con bajos ingresos económicos y el desempleo. Se encontró una alta correlación entre las normas disciplinarias de los hijos y la violencia física; la mayor frecuencia de conductas agresivas hacia ellos. Por el contrario, cuando más se maneja las habilidades de solución de conflictos, hay menor tasa de agresiones domésticas. Entre las parejas no se encontró ninguna diferencia significativa según el sexo, pero sí con el desempleo y bajo nivel cultural.

Un estudio que analizaba el género, el sexo las diferencias raciales y étnicas en la prevalencia de los problemas derivados del alcohol entre blancos,

negros e hispanos emparejados en USA, tratando de asesorar y mejorar el riesgo de las agresiones por parte de las parejas. Los problemas derivados del alcohol son importantes predictores de las agresiones domésticas por parte de los compañeros, y la asociación exacta entre los problemas y la violencia parece estar muy próxima al grupo étnico específico. Los problemas derivados del alcohol, son dosis dependientes, podría ser un factor relevante para considerar que el compañero agresor ha bebido alcohol.

Tras observar todos estos trabajos nos marcamos los siguientes Objetivos: Objetivo general: relacionar el consumo de alcohol y los malos tratos a la pareja, así como conocer algunos factores asociados a los mismos. Objetivos específicos: conocer algunos aspectos vinculados a las características sanitarias y sociales de las mujeres que hubieran podido sufrir malos tratos.

## METODOLOGÍA

Vamos a estudiar una muestra de mujeres de la provincia de Valencia, compuesta por personas que han sufrido malos tratos y que se hallan ubicadas en centros de acogida para mujeres maltratadas, asociaciones, federaciones y servicios sociales especializados, como grupo general y entre mujeres que están implicadas en asociaciones de alcohólicos rehabilitados, unidades de Alcohología, dispensarios, etc. (fundamentalmente como esposas), como grupo específico más vinculado al alcohol. La muestra está formada por 148 mujeres, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Las variables que vamos a estudiar son las siguientes: características sociodemográficas, violencia y malos tratos en el hogar, denuncias, problemas legales, asociación entre alcohol y violencia familiar.

Se trata de un estudio abierto, con muestra obtenida con participantes voluntarias. Se trata, así mismo de un estudio descriptivo y, a su vez trataremos de establecer comparaciones entre ambos grupos de mujeres, las de los centros de acogida y los centros específicos de alcoholismo.

Se hará una descripción de todos los aspectos observados, así como un cruzamiento entre variables, empleando el método de  $\chi^2$ , para determinar grados de significación estadística.

Se ha realizado con un cuestionario elaborado ad hoc para la recogida de dicha información y las respuestas se han obtenido por personal con entrenamiento en los servicios sociales y atención a las mujeres.

Por desgracia las muestras de ambos grupos no recogen a todas las mujeres que han sufrido malos tratos y que por lo delicado del tema que les afectaba, hizo que muchas de ellas no quisieran participar en el estudio por razones muy diversas, todas ellas francamente comprensibles.

## RESULTADOS

| GRUPO DE EDADES | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-----------------|---------------|------------------|
| 20-25 años      | 6-6,5%        | 2-3,6%           |
| 26-35 años      | 36-38,7%      | 9-16,4%          |
| 36-45 años      | 25-26,9%      | 32-58,2%         |
| 46-60 años      | 23-24,7%      | 9-16,45%         |
| Más de 60 años  | 3-3,2%        | 3-5,5%           |

Hay una concentración de las edades entre los 26 a 60 años en ambos grupos, con diferencias significativas ( $p=0,00240$ ), especialmente en el grupo de las mujeres de alcohólicos (grupo específico).

| RELIGIÓN                | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-------------------------|---------------|------------------|
| Católica practicante    | 12-12,9%      | 9-16,4%          |
| Católica no practicante | 56-60,2%      | 42-76,4%         |
| Otra religión           | 4-4,3%        | 1-1,8%           |
| Ns/Nc                   | 21-22,6%      | 3-5,5%           |

Mayoritariamente, las mujeres de ambos grupos se definen como católicas poco o nada practicantes, de un modo significativo ( $p=0,03617$ ). Las católicas practicantes, con mayor porcentaje, se dan entre las mujeres de alcohólicos.

| SENTIMIENTOS HACIA LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|------------------------------|---------------|------------------|
| Le sigue amando todavía      | 31-33,3%      | 37-67,3%         |
| No le ama                    | 59-63,4%      | 6-10,9%          |
| Ns/Nc                        | 3-3,2%        | 12-21,8%         |

Como cabría esperar, las mujeres que, a ciencia cierta han sufrido malos tratos, son las que manifiestan que han perdido sus afectos hacia el maltratador, no así las esposas de alcohólicos que parecen mantener una mayor frecuencia de sentimientos de afecto, de un modo significativo ( $p=0,00000$ ).

| NIVEL DE ESTUDIOS    | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|----------------------|---------------|------------------|
| No estudió           | 4-4,3%        |                  |
| No terminó la EGB    | 14-15,1%      | 7-12,7%          |
| EGB-cultura general  | 52-55,9%      | 24-43,6%         |
| Estudios secundarios | 11-11,8%      | 11-20%           |
| Estudios medios      | 7-7,5%        | 8-14,5%          |
| Estudios superiores  | 5-5,4%        | 5-9,1%           |

En ambos grupos de mujeres hemos visto, lo que corresponde a la realidad española, es decir, un 55% o más forman el grupo de personas que no pasaron de la EGB y cultura general. No hay diferencias significativas de un grupo a otro.

| ESTADO CIVIL          | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-----------------------|---------------|------------------|
| Casada por la iglesia | 36-38,7%      | 36-65,5%         |
| Casada por lo civil   | 19-20,4%      | 7-12,7%          |
| Pareja de hecho       | 13-14%        | 5-9,1%           |
| Separada/divorciada   | 24-25,8%      | 4-7,3%           |
| Ns/Nc                 | 1-1,1%        | 3-5,5%           |

De forma significativa ( $p=0,00352$ ), existen algunas diferencias entre ambos grupos y una de ellas es la mayor frecuencia de matrimonios canónicos entre las esposas de los alcohólicos y mayores porcentajes de casadas por lo civil, parejas de hecho y divorciadas o separadas entre el grupo de mujeres de centros de acogida.

| INGRESOS MENSUALES         | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Hasta 100.000 ptas.        | 62-66,7%      | 23-41,8%         |
| De 101.000 a 200.000 ptas. | 23-24,7%      | 24-43,6%         |
| De 201.000 a 300.000 ptas. | 4-4,3%        | 5-9,1%           |
| Más de 300.000 ptas.       | 2-2,2%        | -----            |
| Ns/Nc                      | 2-2,2%        | 3-5,5%           |

En el grupo general predominan las mujeres que aseguran que sus ingresos no llegan a las 100.000 ptas., mientras que en grupo específico, predominan las mujeres con un nivel un poco mayor de ingresos, quizás porque se mantiene más la estabilidad familiar, ( $p=0,02432$ ).

| ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑAN | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--------------------------|---------------|------------------|
| Ama de casa              | 46-49,5%      | 27-49,1%         |
| Fuera casa remunerado    | 38-40,9%      | 22-40%           |
| Empresa familiar         | 8-8,6%        | 3-5,5%           |
| Ama casa y fuera de casa | 3-3,2%        | -----            |
| Parada                   | -----         | 1-1,8%           |
| Otras respuestas         | 1-1,1%        | -----            |
| Ns/Nc                    | 3-3,2%        | 2-3,6%           |

En el grupo general es donde encontramos proporcionalmente más amas de casa y mujeres trabajadoras, que en el grupo de esposas de alcohólicos, aunque dichas diferencias no tienen ninguna significación estadística.

| TIPO DE ACTIVIDAD    | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|----------------------|---------------|------------------|
| Administrativa       | 8-21,1%       | 4-18,2%          |
| Peluquera            | 1-2,6%        | 1-4,5%           |
| Moda y confección    | 1-2,6%        | 1-4,5%           |
| Hostelería           | 8-21,1%       | 1-4,5%           |
| Limpiezas            | 14-36,8%      | 9-40,9%          |
| Funcionaria/maestra  | 1-2,6%        | -----            |
| Empleada/dependienta | 1-2,6%        | 1-4,5%           |
| Enfermera            | -----         | 2-9,1%           |
| Otras respuestas     | 3-7,9%        | -----            |
| Ns/Nc                | 1-2,65        | 3-13,6%          |

Aunque no hay diferencias significativas, los trabajos más frecuentes en ambos grupos son los de limpiezas, administrativas y hostelería, especialmente en el grupo de mujeres de centros de acogida.

| ACTIVIDAD LABORAL DE LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--------------------------------|---------------|------------------|
| Trabajo remunerado             | 32-34,4%      | 23-41,8%         |
| Eventual/discontinuo           | 22-23,7%      | 5-9,1%           |
| Paro sin subsidio              | 11-11,8%      | 4-7,3%           |
| Paro con subsidio              | 8-8,6%        | 5-9,1%           |
| Incapacidad transitoria        | 2-2,2%        | 4-7,3%           |
| Incapacidad permanente         | 2-2,2%        | 4-7,3%           |
| Jubilado                       | 5-5,4%        | 4-7,35           |
| NS/NC                          | 11-11,8%      | 9-16,4%          |

Entre las parejas de las mujeres maltratadas, podemos encontrar que predominan los grupos de menos actividad, por lo que percibimos que hay una diferencia económica que, de algún modo, pudiera influir en unas conductas posteriores de malos tratos. No significativo.

| NÚMERO DE HIJOS | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-----------------|---------------|------------------|
| Uno             | 26-28%        | 16-29,1%         |
| Dos             | 28-30,1%      | 17-30,9%         |
| Tres            | 20-21,5%      | 7-12,7%          |
| Ninguno         | 3-3,2%        | ----             |
| Ns/Nc           | 16-17,2%      | 15-27,3%         |

No hay diferencias significativas entre ambos grupos, aunque podemos ver que predominan las mujeres con dos hijos, seguidas de las que sólo tienen uno y posteriormente las de tres. A nuestro entender son un fiel reflejo de lo que acontece en la sociedad, en general.

| CONSUMIDORES DE ALCOHOL<br>MÁS DELA CUENTA EN LA FAMILIA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--|---------------|------------------|
| Padre  | 12-12,9%      | 10-18,2%         |
| Madre  | 3-3,2%        | 2-3,6%           |
| Hermano  | 6-6,5%        | 6-10,9%          |
| Abuelo/a   | 2-2,2%        | 2-3,6%           |
| Ninguno  | 71-76,3%      | 37-67,3%         |
| Ns/Nc  | 2-2,2%        | 1-1,8%           |

Hay una gran mayoría de mujeres que han manifestado que ninguno de sus familiares eran bebedores. De las que han contestado afirmativamente, podemos situar a las que dicen que su padre, su hermano, madre y abuelo, por este orden eran, al menos, bebedores de riesgo. No se observaron diferencias significativas de un grupo a otro.

| CONSUMO DE ALCOHOL<br>POR LAS MUJERES | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Si                                    | 17-18,3%      | 10-18,2%         |
| No                                    | 69-74,2%      | 25-45,5%         |
| No, actualmente                       | 6-6,5%        | 19-34,5%         |
| Ns/Nc                                 | 1-1,1%        | 1-1,8%           |

De un modo significativo ( $p=0,00012$ ), ha habido una mayoría de mujeres que ha manifestado no ser bebedora, especialmente en el grupo de acogidas. Hay que resaltar que entre las mujeres de alcohólicos hay un porcentaje elevado de mujeres que ha dejado de beber, suponemos que por las consecuencias vistas en sus maridos o compañeros. El beber, se ha dado porcentualmente por igual en ambos grupos.

| TIEMPO QUE HACE QUE DEJÓ DE BEBER | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-----------------------------------|---------------|------------------|
| De 1 mes a 6 meses                | 2-33,3%       | 9-47,4%          |
| Un año                            | -----         | 1-5,3%           |
| Más de un año                     | 3-50%         | 9-47,4%          |
| Ns/Nc                             | 1-16,7%       | -----            |

Lo más frecuente ha sido que no hubiera muchas mujeres bebedoras, ni entre las maltratadas ni entre las del grupo de mujeres relacionadas con los alcohólicos, además de que no ha habido diferencias significativas.

| CONSUMICIONES QUE TOMA<br>LA ENTREVISTADA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| 1 ó 2                                     | 13-76,5%      | 7-70%            |
| De 3 a 4                                  | 3-17,6%       | 1-10%            |
| De 5 a 6                                  | ----          | 1-10%            |
| 10 ó más                                  | 1-5,9%        | ----             |
| Ns/Nc                                     | ----          | 1-10%            |

Proporcionalmente las mujeres de alcohólicos han sido las que han manifestado menos consumos de alcohol, por lo que el riesgo de dependencia o de abuso es inferior ¿Será atribuible a su experiencia personal sufrida a causa del alcoholismo de su pareja?

| FRECUENCIA DE CONSUMO<br>DE ALCOHOL DE LA ENTREVISTADA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--|---------------|------------------|
| 1 vez al mes   | 2-11,8%       | 3-30%            |
| 2 ó 3 veces al mes                                     | 5-29,4%       | 3-30%            |
| 1-2 veces por semana                                   | 7-41,2%       | 1-10%            |
| 3 ó más por semana                                     | 3-17,6%       | 1-10%            |
| Ns/Nc  | ----          | 2-20%            |

Es superior en porcentaje y en valores absolutos el número de mujeres DE centros de acogida que hacen un consumo de mayor riesgo que el de las mujeres de los alcohólicos, aunque no de modo significativo.

| TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO<br>DE LA ENTREVISTADA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--|---------------|------------------|
| Si   | 28-30,1%      | 21-38,2%         |
| No   | 63-67,7%      | 31-56,45         |
| Ns/Nc  | 2-2,2%        | 3-5,5%           |

Proporcionalmente hay una mayor frecuencia de esposas o compañeras de alcohólicos que sí han tenido algún tratamiento psiquiátrico, quizás las relaciones con el alcohólico produzcan mayores niveles de patología mental, aunque esto no se puede afirmar categóricamente por no haber unas diferencias significativas entre ambos grupos.

| ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS |               |                  |
|----------------------------|---------------|------------------|
| ENTREVISTADA               | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
| Depresión                  | 24-85,7%      | 13-61,9%         |
| Ansiedad                   | 7-25%         | 10-47,6%         |
| Demencia                   | ----          | 1-4,8%           |
| Personalidad agresiva      | 2-7,1%        | 3-14,3%          |
| Alcoholismo                | ----          | 1-4,8%           |

Fundamentalmente es la depresión la que ha sido tratada en todas las mujeres y, con mayor frecuencia y valores absolutos entre las mujeres maltratadas. No significativo.

| RELACIÓN ENTRE LOS PADRES |               |                  |
|---------------------------|---------------|------------------|
| CUANDO ERAN PEQUEÑAS      | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
| Muy buenas                | 24-25,8%      | 22-40%           |
| Buenas                    | 39-41,9%      | 23-41,8%         |
| Malas                     | 22-23,7%      | 3-5,5%           |
| Indiferentes              | 7-7,5%        | 6-10,9%          |
| Ns/Nc                     | 1-1,1%        | 1-1,8%           |

Observamos en ambos grupos que las relaciones entre padres eran buenas o muy buenas, tendiendo a ser superiores este tipo de relaciones entre las esposas de alcohólicos y las malas predominaban entre el grupo de mujeres maltratadas, con unas diferencias significativas ( $p=0,04754$ ).

Podríamos afirmar la existencia de antecedentes de malas relaciones familiares entre las mujeres maltratadas.

| CONSUMO DE ALCOHOL DE LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------|---------------|------------------|
| Si                              | 52-55,9%      | 6-10,9%          |
| No                              | 28-30,1%      | 5-9,1%           |
| No actualmente                  | 2-2,2%        | 36-65,5%         |
| Ns/Nc                           | 11-11,8%      | 8-14,5%          |

Hay un alto nivel de significación estadística ( $p=0,00000$ ) en las diferencias entra las mujeres de ambos grupos. Como era de esperar, hay mayor porcentaje de bebedores entre las parejas de las mujeres maltratadas frente a las de alcohólicos que acuden a centros de tratamiento y que, al menos han recibido alguna intervención terapéutica, en el sentido de que debían dejar de beber, lo que ocurre en un 65,5% de los alcohólicos tratados. No nos cabe la menor duda de que el consumo de alcohol, de algún modo está vinculado a los malos tratos.

| TIEMPO QUE HACE QUE DEJÓ DE BEBER SU PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| De 1 mes a seis meses                       | 1-50%         | 6-16,7%          |
| Un año                                      | ----          | 4-11,1%          |
| Más de un año                               | 1-50%         | 25-69,4%         |
| Ns/Nc                                       | ----          | 1-2,8%           |

Lo más habitual ha sido encontrar personas que dejen de beber entre el grupo de alcohólicos en tratamiento o en grupos de alcohólicos rehabilitados, aunque no existen diferencias significativas.

| CONSUMICIONES DE LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Una o dos                  | 15-28,8%      | 1-16,7%          |
| Tres o cuatro              | 8-15,45       | 2-33,3%          |
| Cinco o seis               | 12-23,1%      | ----             |
| Siete a nueve              | 2-3,8%        | ----             |
| Diez o más                 | 12.23,1%      | ----             |
| Ns/Nc                      | 3-5,8%        | 3-50%            |

Hay diferencias significativas entre ambos grupos ( $p=0,01290$ ), en el sentido de que es entre los alcohólicos que encontramos menos consumos de alcohol, por la misma razón argumentada anteriormente, es decir, son personas que están en tratamiento de su dependencia alcohólica y su tendencia es a beber menos, por razón del tratamiento o de otros factores que les ha hecho responder. Seguimos sustentando la hipótesis de que el consumo de alcohol ha intervenido en las conductas de malos tratos, por parte de la pareja bebedora hacia la mujer no bebedora.

| FRECUENCIA CON QUE CONSUME ALCOHOL | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|------------------------------------|---------------|------------------|
| Una vez al mes                     | 6-11,5%       | 1-16,7%          |
| Dos o tres veces al mes            | 6-11,5%       | ----             |
| Una o dos veces/semana             | 14-26,9%      | ----             |
| Tres o más veces/semana            | 24-46,2%      | 4-66,7%          |
| Ns/Nc                              | 2-3,8%        | 1-16,7%          |

Aunque las diferencias no son significativas, podemos encontrar que los probables alcohólicos o personas que abusen del alcohol, por consumos superiores a tres veces por semana, se encuentran, como era de esperar entre las parejas del grupo de mujeres maltratadas, mientras que en valores absolutos el número de alcohólicos es muy inferior, aunque los porcentajes sean elevados, porque la muestra de los que han respondido es muy baja.

Hemos realizado un cruzamiento a través de correlaciones múltiples asociando variables que dieran un posible criterio de alcoholismo como ha sido el consumo de alcohol de la pareja, las cantidades y la frecuencia, que hemos cruzado con variables como la que se le pregunta a las mujeres por las causas en que creen que inició su pareja los malos tratos, cuando se produjo la primera agresión y si habían denunciado los malos tratos y nos encontramos que había correlaciones significativas entre consumo de bebidas alcohólicas por la pareja y problemas laborales ( $p < 0,01$ ), con los problemas económicos ( $p < 0,01$ ), su consumo de alcohol ( $p < 0,05$ ), el inicio de las agresiones en el noviazgo ( $p < 0,01$ ) y habían denunciado los malos tratos ( $p < 0,01$ ).

La variable número de consumiciones ha correlacionado con su consumo de alcohol ( $p < 0,01$ ) y con los celos y otros problemas de salud mental ( $p < 0,05$ ) y la costumbre de pegar a las mujeres ( $p < 0,05$ ).

La variable frecuencia con que consume alcohol la pareja ha correlacionado significativamente con el empezar los malos tratos al nacer el primer hijo ( $p < 0,01$ )

| TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DE LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Si                                    | 17-18,3%      | 11-20%           |
| No                                    | 64-68,8%      | 35-63,6%         |
| Ns/Nc                                 | 12-12,9%      | 9-16,4%          |

Ha habido más tratamientos psiquiátricos, proporcionalmente entre los alcohólicos, o por lo menos por lo manifestado por sus mujeres. No ha habido diferencias significativas.

| ENFERMEDADES TRATADAS DE LA PAREJA | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|------------------------------------|---------------|------------------|
| Depresión                          | 4-23,5%       | 5-45,5%          |
| Ansiedad                           | 3-17,6%       | 1-9,1%           |
| Demencia                           | 2-11,8%       | 1-9,1%           |

|                       |         |         |
|-----------------------|---------|---------|
| Personalidad agresiva | 8-47,1% | 3-27,3% |
| Alcoholismo           | -----   | 2-18,2% |

Como en el caso de las entrevistadas, la patología más frecuente ha sido: la depresión, pero nos encontramos que la personalidad agresiva o la patología relacionada con la agresividad, ha sido superior, como era esperable entre los agresores de mujeres maltratadas.

| INICIO DE LAS AGRESIONES | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--------------------------|---------------|------------------|
| En el noviazgo           | 32-34,4%      | 4-7,3%           |
| Al año de matrimonio     | 36-38,7%      | 7-12,7%          |
| Al nacer el primer hijo  | 14-15,1%      | 2-3,6%           |
| Otras respuestas         | 5-5,4%        | -----            |
| No hubo agresión         | -----         | 41-74,5%         |

En todos los cruzamientos de dichas variables hay diferencias significativas, indicando que en el grupo de mujeres maltratadas, frente al de las esposas de alcohólicos, ha habido malos tratos, sea en el noviazgo, al año de matrimonio o después, en el nacimiento del primer hijo, frente a las mujeres de alcohólicos que refieren en un 74,55 no haber recibido agresión. ( $p < 0,05$  en todos los cruces de variables por grupos).

| HACIA QUIÉN IBAN DIRIGIDOS    | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|-------------------------------|---------------|------------------|
| LOS MALOSTRATOS EN LA FAMILIA |               |                  |
| Madre                         | 14-15,1%      | 6-10,9%          |
| Padre                         | 1-1,1%        | -----            |
| Entrevistada                  | 22-23,7%      | 7-12,7%          |
| No hubo malos tratos          | 57-61,3%      | 42-76,4%         |
| Ns/Nc                         | 8-8,65        | 2-3,6%           |

Aunque no hubo diferencias significativas en ninguno de los ítem preguntados, sí que podemos notar que los malos tratos ya empezaban en la familia de origen en un 23,7% de las maltratadas y en un 12,7% de las esposas de alcohólicos. Es decir, había antecedentes ya de ser personas maltratadas.

| ¿QUÉ CLASE DE VIOLENCIA<br>O MALOSTRATOS RECIBIÓ? | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| Física  | 15-68,2%      | 3-42,9%          |
| Psicológica                                       | 15-68,2       | 5-71,4%          |
| Intento asesinato                                 | -----         | 1-14,3%          |
| Violencia sexual                                  | 4-18,2%       | 1-14,3%          |

En las maltratadas, ha habido predominio de la violencia física y sexual, superior a la de las mujeres del grupo de alcohólicos, aunque no hubo diferencias significativas en ninguno de los ítem preguntados.

| ¿DE QUIÉN RECIBIÓ LOS<br>MALOSTRATOS? | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Madre                                 | 5-22,7%       | 1-14,3%          |
| Padre                                 | 14-63,6%      | 5-71,4%          |
| Hermanos/as                           | 3-13,6%       | 1-14,3%          |
| Abuelo/a                              | 1-4,5%        | 2-28,6%          |
| Marido                                | 1-4,5%        | 2-28,6%          |

Partimos de un grupo de mujeres que habían sufrido malos tratos por parte de sus parejas y un grupo de parejas de alcohólicos, de las que no se sabía nada de sí habían sufrido malos tratos o no, en el tipo de respuestas, las que respondieron nos proporcionan una información en la que el padre se muestra el más maltratador en la familia, aunque las diferencias no son significativas entre un grupo y otro.

### *Opiniones de las mujeres sobre los malos tratos*

| LAS MUJERES DEBEN SER CASTIGADAS<br>POR CUESTIONAR LA AUTORIDAD<br>DEL MARIDO |               |                  |
|---|---------------|------------------|
|   | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
| De acuerdo  | ----          | 1-1,8%           |
| En desacuerdo   | 90-96,8%      | 48-87,3%         |
| Ns/Nc   | 3-3,2%        | 6-10,9%          |

Aunque la pregunta es una obviedad, todavía queda alguna mujer que no tiene clara una respuesta contundente al atentado contra sus libertades que supondría acatar siempre la supuesta autoridad del marido, de todos modos no ha habido diferencias significativas, pero la respuesta contundente es EN DESACUERDO.

| EVITAR EL CASTIGO DEPENDE DE<br>SUS HABILIDADES COMO MUJER |               |                  |
|--|---------------|------------------|
|  | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
| De acuerdo   | 15-16,1%      | 13-23,6%         |
| En desacuerdo  | 75-80,6%      | 35-63,6%         |
| Ns/Nc  | 3-3,2%        | 7-12,7%          |

Hay diferencias significativas entre los dos grupos, con predominio hacia el grupo de mujeres maltratadas. En el grupo de las que están de acuerdo, sorprende que también son las maltratadas las que aceptan dicha posibilidad, más que las esposas de alcohólicos ( $p=0,03031$ ), a modo de adaptación o tratar de evitar las situaciones más conflictivas, como podría ser el enfrentamiento a estas situaciones.

| LA MUJER DEBE SER SUMISA<br>Y OBEDIENTE | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| De acuerdo                              | 3-3,2%        | 4-7,3%           |
| En desacuerdo                           | 86-92,5%      | 44-80%           |
| Ns/Nc                                   | 4-4,3%        | 7-12,7%          |

Aunque las diferencias no son significativas, hay una gran mayoría de mujeres que lógicamente se encuentran en desacuerdo con afirmaciones propuestas.

| ¿PORQUÉ INICIÓ SU PAREJA<br>LOS MALOSTRATOS? | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--|---------------|------------------|
| Desconfianza en sí mismo                     | 35-37,6%      | 2-3,6%           |
| Problemas laborales                          | 23-24,7%      | 2-3,6%           |
| Problemas económicos                         | 27-29%        | 1-1,8%           |
| Mi consumo de alcohol                        | 12-12,9%      | 6-10,9%          |
| Su carácter violento                         | 5-5,4%        | 1-1,8%           |
| Su consumo de alcohol                        | 10-10,8%      | 4-7,3%           |
| Celos/problemas salud mental                 | 3-3,2%        | -----            |
| Consumo otras drogas                         | 5-5,4%        | -----            |
| Costumbre pegar a mujeres                    | 1-1,1%        | -----            |
| Existencia otras mujeres                     | -----         | 1-1,8%           |
| Ns/Nc  | 3-3,2%        | 41-74,5%         |

De las respuestas proporcionadas cruzadas entre ambos grupos han sido significativas la de "desconfianza en sí mismo" ( $p=0,00000$ ), "problemas laborales" ( $p=0,00093$ ), "problemas económicos" ( $p=0,00004$ ) y "Ns/Nc" ( $p=0,00000$ ).

Es sorprendente que en grupo de mujeres de alcohólicos respondan, con mayor frecuencia que el motivo de los malos tratos fuera el consumo de alcohol de ellas, cuando en realidad los alcohólicos eran

ellos, luego nos llama, también, la atención que un 74,5% de ellas responderían el Ns/Nc, ¿Trataban de ocultar algo que no era posible decir?.

Por lo que respecta a las maltratadas, las frecuencias más llamativas fueron: la desconfianza en sí mismo (pegaban a sus compañeras para darse más seguridad), les siguen las que afirman que eran los problemas económicos los causantes de los malos tratos, a continuación observamos que eran los problemas laborales, el consumo de alcohol de ellas y finalmente el consumo de alcohol de ellos.

---

**¿HA DENUNCIADO LOS MALOSTRATOS?**

---

|                  |          |          |
|------------------|----------|----------|
| Grupo general    |          |          |
| Grupo específico |          |          |
| Si               | 32-34,4% | 4-7,3%   |
| No               | 58-62,4% | 11-20%   |
| Ns/Nc            | 3-3,2%   | 40-72,7% |

---

En el grupo de maltratadas es mayoritario el porcentaje de mujeres que no han denunciado un 62% frente a un 34%, mientras que en las mujeres de alcohólicos resalta casi un 73% de mujeres que no contestan o prefieren no contestar ¿A qué se puede atribuir esta falta de información? (p=0,00000).

---

| NÚMERO DE DENUNCIAS REALIZADAS | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--------------------------------|---------------|------------------|
| De 1 a 2                       | 16-50%        | 2-50%            |
| De 3 a 5                       | 12-37,5%      | 1-25%            |
| De 6 a 10                      | 3-9,4%        | 1-25%            |
| 11 o más denuncias             | 1-3,1%        | -----            |

---

Las diferencias no son significativas, pero en el grupo de mujeres maltratadas tenemos los mayores valores absolutos de mujeres que han

denunciado a sus parejas, porque en el grupo de mujeres de alcohólicos, sólo ha habido un grupo de 4 mujeres que han denunciado.

| MOTIVOS POR LOS QUE DENUNCIÓ<br>LOS MALOSTRATOS | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| Miedo a la muerte                               | 10-31,3%      | -----            |
| Pérdida de miedo                                | 13-40,6%      | 1-25%            |
| Mayor sensibilidad social                       | 6-18,8%       | 1-25%            |
| Mayor ayuda de la administración                | 8-25%         | 1-25%            |
| Evolución de la legislación                     | 3-9,4%        | -----            |
| Proteger a los hijos                            | 1-3,1%        | -----            |
| Mal trato psicológico                           | -----         | 1-25%            |

En el grupo de mujeres maltratadas la pérdida de miedo ha sido la primera causa, declarada por ellas mismas, del motivo de la denuncia por malos tratos, les sigue el miedo a la muerte que podría haber sido provocada por los mismos malos tratos, siguen como motivos la mayor ayuda de la administración a las mujeres maltratadas y una mayor sensibilidad social, así como una lenta evolución de la legislación.

| ¿POR QUÉ MOTIVOS<br>NO HA DENUNCIADO? | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Aguantar a que crezcan los hijos      | 7-12,1%       | 2-18,2%          |
| Dependencia económica                 | 18-31%        | 2-18,2%          |
| Miedo a las represalias               | 15-25,9%      | 1-9,1%           |
| Vergüenza ante la familia y otros     | 11-19%        | 3-27,3%          |
| Sentimiento de culpa                  | 11-19%        | 1-9,1%           |
| Nuevo comportamiento del marido       | 15-25,9%      | 1-9,1%           |
| No ser consciente de los malos tratos | 9-15,5%       | -----            |
| Ns/Nc                                 | 1-1,7%        | 2-18,2%          |

No ha habido diferencias significativas entre ambos grupos. Las mujeres maltratadas argumentan las siguientes razones para no denunciar, por este orden: dependencia económica, el miedo a las represalias del marido, un nuevo comportamiento del marido, la vergüenza ante la familia, los hijos u otros y los sentimientos de culpabilidad, seguidos de no haber sido conscientes de haber sido maltratadas y el esperar a que crecieran sus hijos.

En las mujeres de alcohólicos que manifiestan haber sufrido malos tratos podemos encontrar pocas mujeres que lo hayan sido y el orden de motivos para no denunciar ha sido: vergüenza ante la familia, los hijos y otros, el esperar a que crezcan los hijos, la dependencia económica, el miedo a las represalias, el sentimiento de culpabilidad y el nuevo comportamiento del marido.

| CONSECUENCIAS PERSONALES<br>DE LOS MALOS TRATOS   | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---|---------------|------------------|
| Intento de suicidio                               | 8-8,6%        | 1-1,8%           |
| Inicio consumo de alcohol                         | 6-6,5%        | 6-10,9%          |
| Síntomas depresivos (p=0,0000)                    | 62-66,7%      | 8-14,5%          |
| Miedo a las represalias (p=0,00011)               | 25-26,9%      | 1-1,8%           |
| Miedo a perder tutela de los hijos<br>(p=0,00113) | 16-17,2%      | -----            |
| Ns/Nc (P=0,00000)                                 | 7-7,5%        | 42-76,4%         |

En un grupo y en otro la primera consecuencia de los malos tratos ha sido la presencia de síntomas depresivos. En las maltratadas les siguen el miedo a las represalias, el miedo a perder la tutela de los hijos y los intentos de suicidio y el inicio de consumo de alcohol. En las mujeres de alcohólicos, además de los síntomas depresivos nos encontramos el inicio de alcohol por parte de algunas encuestadas, seguidos, de muy lejos, del intento de suicidio y el miedo a las represalias.

| REACCIÓN Y ACTITUD DE LOS HIJOS | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|---------------------------------|---------------|------------------|
| Me protegen (p=0,00002)         | 44-47,3%      | 7-12,7%          |
| Lo ven natural                  | 3-3,2%        | 1-1,8%           |
| Nada, tienen miedo (p=0,00093)  | 23-24,7%      | 2-3,6%           |
| No tiene hijos                  | 5-5,4%        | -----            |
| Son pequeños                    | 2-2,2%        | -----            |
| Ns/Nc (P=00000)                 | 20-21,5%      | 45-81,8%         |

En el grupo de maltratadas hay las siguientes sensaciones: me protegen, nada, tienen miedo y el ser pequeños, mientras que en el grupo de mujeres de alcohólicos, sienten que sus hijos las protegen, seguidas de las que cuyos hijos tienen miedo y las que lo ven natural.

| HAN ESTADO ALGUNA VEZ EN LA CÁRCEL | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|------------------------------------|---------------|------------------|
| Intoxicación pública               | 2-2,2%        | -----            |
| Conducir ebrio                     | 1-1,1%        | -----            |
| Por malos tratos                   | 3-3,2%        | -----            |
| Robo, atraco                       | 4-4,3%        | -----            |
| No ha estado                       | 80-86%        | 36-65,5%         |
| Ns/Nc                              | 4-4,3%        | 19-34,5%         |

Lo más frecuente ha sido que las parejas de ambos grupos no hubieran estado en prisión y los que sí lo han hecho ha sido por: robo o atraco, malos tratos, intoxicación pública y conducir ebrio. Las esposas de alcohólicos no manifiestan que estos hayan estado en prisión, aunque hay un grupo que no nos proporciona ninguna respuesta.

| MEDIDAS QUE DEBERÍAN ADOPTAR                          |               |                  |
|---|---------------|------------------|
| LOS JUECES  | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
| Solución rápida al problema (p=0,00000)               | 68-73,1%      | 14-25,5%         |
| Visitas de los hijos en presencia de asistente social | 9-9,7%        | 6-10,9%          |
| Incapacitación del marido                             | 10-10,8%      | 3-5,5%           |
| Obligatoriedad de tratamiento de la pareja            | 30-32,3%      | 13-23,6%         |
| No conceder visitas a los hijos                       | 1-1,1%        | -----            |
| Apoyo psicológico                                     | 1-1,1%        | -----            |
| Ns/Nc   | 3-3,2%        | 27-49,1%         |

Ambos grupos de mujeres, solicitan como primera medida la solución rápida a sus problemas con la pareja, entre ellos la separación, el divorcio o medidas similares, seguidos de la incapacitación del marido y el que las visitas sean en presencia de algún profesional cualificado como es un Asistente Social.

| SOLUCIONES QUE DARÍAN AL PROBLEMA      | GRUPO GENERAL | GRUPO ESPECÍFICO |
|--|---------------|------------------|
| Ayudas económicas                      | 3-3,2%        | -----            |
| Protección                             | 3-3,2%        | -----            |
| Reforma de las leyes                   | 4-4,3%        | -----            |
| Rapidez en sentencias y en la justicia | 2-2,2%        | 2-3,6%           |
| Alejamiento-no visitas                 | 3-3,2%        | -----            |
| Campañas sensibilización               | 3-3,2%        | 2-3,6%           |
| Tratamiento alcoholismo                | 1-1,1%        | 2-3,6%           |
| Otras respuestas                       | 1-1,1%        | -----            |
| Protección víctimas                    | -----         | 2-3,6%           |
| Tomar en serio denuncias               | -----         | 1-1,8%           |
| Tratamiento psicológico                | -----         | 1-1,8%           |

Las respuestas no han sido muchas, entre las posibilidades que se les dieron a elegir, respondiendo un poco más las mujeres del grupo que

habían recibido malos tratos y cuyas respuestas más frecuentes fueron: la reforma de las leyes, las ayudas económicas, la protección, el alejamiento, el no tener visitas con ellos, las campañas de sensibilización, la rapidez en las sentencias y en la justicia en general, el tratamiento del alcoholismo.

Sin embargo, las mujeres de alcohólicos, han manifestado con frecuencias similares las siguientes: rapidez en las sentencias y en la justicia en general, el tratamiento del alcoholismo, las campañas de información y sensibilización y la protección a las víctimas. Les siguen en frecuencia: el tomarse en serio las denuncias y el tratamiento psicológico.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

A la vista de los resultados obtenidos tras las comparaciones entre ambos grupos nos encontramos con lo siguiente: Las edades de las mujeres maltratadas se concentran con mayor frecuencia entre los 26-35 años, mientras que en las mujeres de alcohólicos, la edad más frecuente es la de los 36-45 años. Por lo que respecta a sus creencias religiosas, la mayoría de ellas responden al patrón sociológico español, la de católicas poco o nada practicantes. El nivel de estudios más frecuente es el de EGB-Cultura General. El estado civil predominante era el de las casadas por la iglesia en ambos grupos, seguidas de las divorciadas o separadas entre las del grupo de maltratadas, mientras que entre las del grupo específico, son seguidas de las casadas por lo civil. Los ingresos económicos, se encuentran entre las de más bajo nivel económico, en ambos grupos. La actividad que desempeñan las mujeres de ambos grupos son las de ama de casa y trabajo fuera de casa remunerado. El tipo de actividad más frecuente entre ambos grupos de mujeres es la de servicios de limpiezas. La actividad laboral de la pareja es o era el de trabajo remunerado, seguidos de los eventuales o discontinuos en el grupo de maltratadas. El número de hijos es de dos hijos, seguidas de las que sólo han tenido uno. Por lo que respecta a sus afectos, las mujeres maltratadas, manifiestan mayoritariamente haber dejado de amar a la persona maltratadora, cosa que no ocurre entre las mujeres de los centros de alcohólicos. Las relaciones entre sus padres cuando eran pequeñas, son consideradas buenas o muy buenas, en su mayoría, pero un 23% de las maltratadas las considera malas frente a 5,5% de las mujeres del grupo específico.

Entre los antecedentes de consumo de alcohol en su familias, no hay ninguno destacable, seguidos muy de lejos por las que decían que su padre o hermano eran bebedores. A la hora de preguntar a las entrevistadas sobre su consumo de alcohol, mayoritariamente respondieron que no y las que habían bebido lo habían dejado mayoritariamente hacía más de un año. Las que sí bebían consumen una o dos consumiciones al día, las de muchas consumiciones representan unos porcentajes que están entre el 5,9% entre las maltratadas y un 10% entre las del grupo específico. Por lo que respecta a las frecuencias de consumo, el porcentaje de mujeres bebedoras frecuentes se localizaba entre un 17% entre las del grupo general y un 10% de las del grupo general. Un 30% o más de ambos grupos habían tenido algún tratamiento psiquiátrico para las siguientes patologías (depresión, ansiedad, agresividad y alcoholismo, por este orden).

En el apartado relativo a la pareja, veremos que el consumo actual de estos es de un 60% aproximadamente en el grupo general y sólo un 11% en el grupo específico, en estos últimos porque están en grupos o centros de tratamiento de alcoholismo. La mayor frecuencia dada por los alcohólicos del tiempo sin beber, es la propia de un proceso de rehabilitación en marcha. El mayor porcentaje de grandes consumidores es de un 27% entre los grupos de maltratadas y muy escaso en el grupo de mujeres relacionadas con alcohólicos. La mayor frecuencia de consumo, entre los que consumían, era de tres o más veces por semana, en el grupo de maltratadas y en el grupo de alcohólicas. Entre las parejas de las maltratadas y de las esposas de alcohólicos el haber tenido algún problema psiquiátrico que requiriera tratamiento fue de un 18-20% en ambos grupos, siendo las patologías más frecuentes la depresión, seguidos de las personalidades agresivas, posibles trastornos antisociales de la personalidad, la ansiedad y las demencias.

Por lo que respecta a las agresiones, la etapa más frecuente de inicio fue al año de matrimonio, seguidos de los que lo iniciaron en el noviazgo y posteriormente cuando nace el primer hijo. El motivo por el que su pareja inició los malos tratos, fue por el siguiente orden en las mujeres maltratadas: desconfianza en sí mismo, problemas económicos, problemas laborales, el consumo de alcohol de ellas, el consumo de alcohol de ellos, su carácter violento y el consumo de otras drogas y la costumbre de pegar a las mujeres.

En las mujeres de alcohólicos las frecuencias fueron: por mi consumo de alcohol, por el consumo de alcohol de él, la desconfianza en sí mismo

y los problemas laborales. La mayoría de las mujeres maltratadas no había denunciado los malos tratos, lo mismo que las compañeras de alcohólicos, aunque las primeras lo habían hecho en un 34% al menos. El número de denuncias realizadas presentaba un rango de mayor a menor del siguiente modo: 1 ó 2, 3 a 5, 6 a 10 y 11 o más, en ambos grupos. Cuando se les preguntó por qué habían denunciado, el orden fue de que habían perdido el miedo al maltratador, el que tenían miedo a la muerte, el recibir mayor ayuda de la administración y mejoras en la legislación y proteger a los hijos, especialmente en el grupo de las maltratadas. En las esposas de alcohólicos fue la pérdida de miedo, la mayor ayuda de la administración y la mayor sensibilidad social y los malos tratos psicológicos. Por el contrario, cuando se les preguntó por qué no habían denunciado lo que manifestaron fue la dependencia económica, miedo a las represalias, o que el marido había cambiado de comportamiento, la vergüenza ante la familia, el sentimiento de culpa, no ser consciente de estaba siendo maltratada y el aguantar a que crecieran sus hijos.

Las consecuencias personales de los malos tratos fueron las siguientes: síntomas depresivos, el miedo a las represalias, el miedo a perder la tutela de los hijos, algún intento de suicidio e inicio en el abuso de alcohol, algo parecido a lo que sufrieron las compañeras de los alcohólicos.

Las reacciones y actitudes de los hijos ante los malos tratos fueron, por el siguiente orden: protección, el no hacer nada porque tenían miedo, o lo veían natural.

Preguntadas por los antecedentes de agresiones en sus familias de origen, nos encontramos que si hubo malos tratos en la familia ¿Hacia quién iban dirigidos?, las respuestas fueron que hacia la propia entrevistada y la madre de ésta, en ambos grupos, con porcentajes importantes. Los malos tratos que recibieron fueron, fundamentalmente, físicos, psicológicos y sexuales entre las maltratadas y, entre las mujeres de alcohólicos, se podría añadir intentos de asesinato. Los causantes de esos malos tratos fueron fundamentalmente el padre, la madre y los hermanos, es decir una conflictiva importante.

Las opiniones de las mujeres sobre los malos tratos, fueron, en primer lugar que no debía haber ningún motivo para los malos tratos. Al mismo tiempo estaban en desacuerdo con que evitar el castigo dependía de las habilidades como mujer. En su inmensa mayoría estaban en desacuerdo de que las mujeres debían ser sumisas y obedientes.

Por lo que respecta a los antecedentes y consecuencias del agresor, habían estado en la cárcel por atraco, malos tratos, por embriagueces

públicas, y conducir ebrio. Entre las compañeras de los alcohólicos, ninguna manifestó este tipo de antecedentes en su pareja.

Las medidas y soluciones que demandan son las siguientes: medidas a adoptar por los jueces: solución rápida a los problemas, obligatoriedad en el tratamiento a la pareja maltratadora, incapacitación del marido, visitas a los hijos en presencia de un trabajador social, no conceder visitas a los hijos y apoyo psicológico. Las mujeres de alcohólicos demandaban lo siguiente: solución rápida al problema, obligatoriedad del tratamiento de la pareja. Visitas a los hijos en presencia de un asistente social e incapacitación del marido. Finalmente, al preguntarles qué solución darían ellas al problema, nos responden en el siguiente sentido: reforma de las leyes, ayudas económicas, protección, alejamiento y no visitas, campañas de sensibilización, rapidez en las sentencias y en la justicia, tratamiento obligatorio del alcoholismo. Las mujeres de alcohólicos demandan: rapidez en la justicia y en las sentencias, campañas de sensibilización, tratamiento obligatorio del alcoholismo, protección de las víctimas, tomar en serio las denuncias y tratamiento psicológico.

Subvención concedida a Socidrogalcohol por el Plan Nacional sobre Drogas y que servirá de partida a la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brookff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williams C. (1997) Characteristics of participants in domestic violence. Assesment at the scene of domestic assault. JAMA May 7; 277 (17): 1369-1373.

Collins JJ, Kroutil LA, Roland EJ, Moore-Gurrera M. (1997) Issues in the linkage of alcohol and domestic violence services. Recent Dev alcohol 1997; 13: 387-405.

Dunnegan SW. Violence, trauma and substance abuse. J Psychoactive Drugs Oct-Dec; 29 (4): 345-351.

Ernst AA, Nick TG, Weiss SJ, Houry D, Mills T. (1997) Domestic violence in an inner-city ED. Ann emerg Med Aug; 30 (2): 190-197.

Gianini RJ, Litvoc J, Eluf Neto J. (1999) Physical aggression and social class. Rev Saude Publica Apr; 33 (2): 180-186.

- Gorman DM, Labouvie EW, Speer PW, Subaiya AP. (1998). Alcohol availability and domestic violence. *Am J Drug alcohol Abuse* Nov; 24 (4): 661-673.
- Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel K, Brensinger C, Santana J, Lowe RA, Anderson E, Shaw LM, Bethel CA, Teeple L. (1999) Violent injuries among women in an urban area. *N Engl J Med* Dec 16; 341 (25): 1899-1905.
- Kantor GK, Asdigian N. (1997) When women are under the influence. Does drinking or drug use by women provoke beatings by men?. *Recent Dev alcohol*; 13: 315-336.
- Keenan CK, el-Hadad A, Balian SA. (1998). Factors associated with domestic violence in low-income Lebanese families. *Image Jnurs. Sch.*; 30 (4): 357-362.
- Keller LE. (1996). Invisible victims: battered women in psychiatric and medical emergency rooms. *Bull Menninger Clin* Winter; 60 (1): 1-21.
- Kunitz SJ, Levy JE, McCloskey J, Gabriel KR. (1998) Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. *Child Abuse Negl* Nov; 22 (11): 1079-1091.
- Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, tubb T, Linden JA, Muellemann R, Barton E, Kraus JF. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Eng J Med* Dec; 341 (25): 1892-1898.
- Lee WV, Weinstein SP. How far have we come? (1997). A critical review of the research on men who batter. *Recent Dev alcohol*; 13: 337-356.
- Leonard KE, Quigley BM. (1999). Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *J Stud Alcohol* Jul; 60 (4): 537-545.
- Leonard KE, Roberts LJ. The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *J Abnorm Psychol* 1998 Nov; 107 (4): 602-615.

- Matlock T, Slate JR, Saarnio DA. (1995) Familial variables and domestic violence. *J Ark Med Soc Oct.*; 92 (5): 222-224.
- Mcauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA May 7*; 277 (17): 1362-1368.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Derogatis LR, Bass EB. (1998). Relation of low-severity violence to women's health. *J Gen Intern med Oct*; 13 (10): 687-691.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. (1995). *Ann. Intern. Med Nov 15*; 123 (10): 737-746.
- Michael A, Mirza S, Mirza KA, Babu VS, (1995). Vithayathil E. Morbid jealousy in alcoholism. *Br. J. Psychiatry Nov*; 167 (5): 668-672.
- Parsons LH, Harper MA. (1999). Violent maternal deaths in North Carolina. *Obstet Gynecol Dec*; 94 (6): 990-993.
- Rao V. (1997). Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Soc. Sci. Med. Apr*; 44 (8): 1169-1180.
- Rivara FP, Mueller BA, Somes G, Mendoza CT, Rushforth NB, Kellermann AL. (1997). Alcohol and illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. *JAMA Aug 20*; 278 (7): 569-575.
- Roberts GL, Lawrence JM, O'Toole BI, Raphael B. (1997). Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims. *Gen Hosp Psychiatry Jan*; 19 (1): 5-11.
- Roberts GL, Lawrence JM, Williams GM, Rapahel B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Aust. N.Z. J. Public Health Dec*; 22 (7): 796-801.
- Steen K, Hunskar S. (1997 ) Women and violence. A one-year prospective study from Bergen emergency department. *Tidsskr. Nor Laegeforen Oct 20*; 117 (25): 3640-3642.

Van Hightower NR, Gorton J. (1998). Domestic violence among patients at two rural health care clinics: prevalence and social correlates. *Public Health Nurs Oct*; 15 (5): 355-362.

*Para correspondencia*

Dr. Miguel Ángel Torres Hernández.  
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías.  
Hernández Malillos, 14, bajo.  
46900 TORRENT (Valencia, España).  
Tel. 961556911. Fax: 96 1580166.  
E-mail. MTORRE@mail.ono.es

---

*ARTÍCULOS  
DE REVISIÓN*

---



---

*EL SIDA EN INTERNET:  
UNA GUÍA DE RECURSOS EN ESPAÑA*

---

**José Pedro Espada Sánchez  
María José Quiles Sebastián  
Francisco Xavier Méndez Carrillo**

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Universidad de Murcia*

---

**RESUMEN**

---

El uso de Internet ha hecho posible el acceso a nuevas fuentes de información, sumamente variadas y numerosas. Organismos públicos, entidades privadas, y colectivos de iniciativa social ofrecen información y servicios a través de la red. En este trabajo se presenta una recopilación de sitios de Internet españoles relacionados con la infección por el VIH, de interés para psicólogos y otros profesionales de la salud y de los servicios sociales. A través de ellos el internauta puede obtener información sobre diversos aspectos del sida en su vertiente sanitaria, social y psicológica, hallar recursos terapéuticos para el tratamiento de pacientes seropositivos, y encontrar materiales prácticos para realizar actividades educativas con jóvenes y adolescentes. Esta recopilación de recursos en Internet puede también resultar útil para establecer contactos con otros profesionales o grupos de investigación, realizar búsquedas de bibliografía, material educativo, y recursos sociales y asistenciales (grupos de autoayuda, casas de acogida, entidades que convocan ayudas y subvenciones). En total se presentan sesenta y cinco direcciones acompañadas de comentarios sobre su contenido y las secciones más recomendables.

**Palabras clave:** Internet, sida, VIH, documentación, ciberpsicología.

## ABSTRACT

---

The Internet gives unprecedented access to an abundance of new and varied sources of information from public research and health institutions, private agencies and other social services and social sciences organizations with comprehensive websites. In this paper, a selection of Spanish websites that deal specifically with HIV infection are reviewed. All of these websites are interesting and useful resources for psychologists as well as for other professionals working in health and social welfare services. Such websites can provide psychologists with a depth and breadth of information ranging from: AIDS-related health, social services and psychological issues, research and resources; how to find therapeutic resources for treatment of seropositive clients; and how to find practical the tools and means for engaging in AIDS prevention activities aimed at young people. This compendium of internet resources may also be useful for: learning how to contact professionals and research teams who specialize in AIDS research and treatment; conducting extensive bibliographical searches; and locating such resources as self-help groups, shelters, and economic assistance programs. In all, 65 websites are presented. This paper comments on the contents of these websites, and it recommends sections of these websites that should be of particular interest to psychologists and other professionals engaged in AIDS treatment, research, and outreach.

Key words: Internet, AIDS, HIV, documentation, cyberpsychology.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

Internet ha supuesto una revolución en las comunicaciones a nivel mundial, habiéndose convertido en un recurso cada vez más empleado por investigadores y profesionales del área de la salud. Debido a su amplia oferta de contenidos y a su constante actualización, estos profesionales cuentan con un acceso rápido a interesantes y remotas fuentes de información, presentes a través de la *world wide web*, los grupos de noticias o las listas de distribución de correo electrónico. La presencia de los organismos públicos en Internet es cada vez más habitual, y tanto entidades privadas, como organizaciones no lucrativas o profesionales liberales, ofrecen sus servicios a través de la red. Algunos trabajos anteriores han demostrado la utilidad de este medio en la documentación

psicológica (1) así como su aplicación en determinadas áreas de la salud como son las drogodependencias (2,3,4).

La cantidad de información a la que se puede acceder es ingente. A través de los buscadores y de los numerosos portales es posible encontrar secciones dedicadas por completo a la salud, en las que con frecuencia aparecen enlaces a páginas web relacionadas con el sida.

El objetivo de este trabajo es revisar los recursos españoles sobre el sida disponibles en Internet de utilidad para psicólogos y otros profesionales de la salud y la educación. Presentamos de forma sistematizada las direcciones web de instituciones públicas y privadas, organizaciones científicas y de carácter social, comentando su contenido y las secciones más recomendables. Los criterios para seleccionarlos han sido que se trataran de sitios web (o *websites*) españoles, y que su contenido estuviera relacionado con los aspectos biomédicos, psicológicos o sociales de la infección por el VIH. Empleando unos términos de búsqueda adecuados, todo internauta que se lo proponga hallará interesantes *websites* sobre el sida aunque, con gran probabilidad, buena parte del material que obtenga se encontrará fuera de su foco de interés. Tras haber realizado un rastreo intenso (aunque por las características de Internet somos conscientes de que no podrá ser exhaustivo), presentamos un elenco de recursos que puede agilizar la búsqueda de información y posibilitar a los profesionales un acceso más directo a documentación sobre la enfermedad, fondos bibliográficos, centros de investigación, recursos asistenciales y servicios específicos *online*.

---

## 2.RECURSOS EN LA WORLD WIDE WEB

### 2.1. Instituciones públicas

*Escuela Andaluza de Salud Pública: <http://www.easp.es>*

En el sitio web de este organismo se resume el proceso de constitución de la Escuela de Salud: creada por la Junta de Andalucía en 1985 como empresa pública, desarrolla actividades de formación, investigación, asesoría y cooperación al desarrollo sanitario. A través de su página se ofrece acceso al catálogo de la biblioteca de la Escuela, pudiendo consultarse *online* su fondo documental, que incluye revistas científicas, libros y otras publicaciones. Se oferta un servicio de pago, mediante el cual pueden solicitarse artículos. Existe también un servicio de audiovisuales sobre

promoción de la salud y VIH/sida, y diverso material didáctico. Visitando la librería virtual pueden adquirirse publicaciones sobre salud editadas por la Escuela. Se ofrece información sobre las próximas reuniones y congresos científicos.

*Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social:*  
[www.gencat.es/sanitat/cat/csalutp.htm](http://www.gencat.es/sanitat/cat/csalutp.htm)

En este website se presentan los datos epidemiológicos sobre el sida en Cataluña, en el resto de estado español, en Europa y en otros países como Estados Unidos. Entre la oferta de esta web, destaca una interesante guía a texto completo, en formato pdf, sobre counseling con pacientes seropositivos. No es éste el único material útil en la página: cuenta también con documentos sobre el suministro de leche infantil a los hijos de madres seropositivas, sobre la acreditación del sida como enfermedad crónica y sobre la situación de la mujer ante la infección por el VIH. Cabe matizar que estos textos se encuentran escritos en catalán. Se puede acceder, también en el mismo formato, a la publicación "Infosida", editada por este organismo, y dedicada a los aspectos preventivos y asistenciales de la enfermedad.

*UNICEF:* [http://www.unicef.org/voy/es/learning/aids\\_disclaim.html](http://www.unicef.org/voy/es/learning/aids_disclaim.html)

El sitio web de UNICEF dispone de un cuestionario interactivo para adolescentes, con 52 preguntas sobre la definición de la enfermedad, las formas de transmisión del virus y la evolución de una persona infectada. Plantea a los jóvenes usuarios situaciones hipotéticas, por ejemplo que tengan en su clase un compañero seropositivo. Incluye también cuestiones sobre epidemiología (países más afectados). Cada pregunta es de elección múltiple con dos o tres opciones de respuesta. Cada vez que se responde a un ítem, el programa proporciona feedback sobre el acierto o el error y ofrece una breve explicación acerca de la respuesta correcta. Mientras el jugador contesta, se muestra el porcentaje de preguntas que ha acertado. Cuando finaliza el juego, se puede participar en la "discusión sobre el VIH": Se trata de un foro de discusión en el que aparecen comentarios sobre el tema escritos por adolescentes de todo el mundo, también hispanohablantes. Los usuarios pueden contestar a los mensajes, o exponer nuevas ideas o puntos de vista. Este lugar de Internet resulta muy útil para sesiones educativas con jóvenes y adolescentes desarrolladas en aulas de informática.

*Centro joven de anticoncepción y sexualidad de Madrid:*

<http://www.centrojoven.org/>

Website de la Federación de Planificación Familiar de España. Esta entidad financiada por el Ministerio de Asuntos Sociales, presta asesoramiento a jóvenes en materia de sexualidad y anticoncepción. En su página aparece una sección dedicada al sida. Entrando en ella, el joven tiene acceso a información comprensible sobre los aspectos básicos de la infección por el VIH. Se puede enlazar con otra sección en la que se explica detalladamente la forma de uso del preservativo masculino. Desde allí el usuario puede entrar en otros apartados de esa misma web que versan sobre otras enfermedades de transmisión sexual, así como al cuestionario "¿Cuánto sabes del sida?", con diez preguntas de alternativa múltiple. A su finalización, se muestran las preguntas con la respuesta correcta, la contestación que dio el usuario, y una breve explicación de cada una. Este centro ofrece también el servicio de consultas gratuitas *online*, que se responden a través del correo electrónico por el equipo del centro en un plazo de 24 horas.

*Servicio de prevención y promoción de la salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de Murcia:*

<http://www.carm.es/csan/dgs/spps/spps.htm>

Se informa de las unidades de este servicio, entre las que destacamos la Sección de Educación para la Salud, encargada de las actuaciones de prevención. Otra sección a la que se accede desde la web es el Servicio de Documentación en Ciencias de la Salud. A través de él se exponen y prestan publicaciones científicas, facilitando el acceso a bases de datos para la realización de búsquedas bibliográficas, así como cualquier otra actividad documental. En la página se informa sobre las formas de acceso al servicio, y cómo realizar consultas en la base de datos con el Catálogo General de las Publicaciones editadas por la Comunidad Autónoma de Murcia.

*Plan canario de atención a la sexualidad juvenil:*

[http://www.nti.educa.rcanaria.es/sexualidad\\_juvenil](http://www.nti.educa.rcanaria.es/sexualidad_juvenil)

Este sitio web se centra principalmente en temas de sexualidad entre jóvenes. La sección dedicada al sida contiene los siguientes apartados: "Resuelve tus dudas sobre el sida", "Organizaciones y asociaciones de apoyo" y "Revista digital". Se ofrecen también interesantes recursos y documentación para educadores en la sección "Recursos Educativos: Información y pre -

vención". En ella se presenta el proyecto "Harimaguada", un programa de educación afectivo-sexual dirigido a la comunidad escolar. En él se plantea la educación sexual como una materia transversal. Se proporcionan formas para contactar con los profesionales encargados del programa. Desde la misma web se puede visualizar con el reproductor multimedia uno de los vídeos educativos de este programa, con el título "Los jóvenes en la lucha contra el sida". Se presenta también el texto completo del Plan Canario de Educación y Atención a la sexualidad juvenil.

*Plan del sida. Generalitat Valenciana: <http://www.san.gva.es/>*

Se puede acceder al sitio web del Plan del Sida de la Comunidad Valenciana siguiendo la siguiente ruta: webs sanitarias>dirección general de salud pública>plan del sida. Como puede observarse, el acceso resulta tortuoso. La sección dedicada al Plan del Sida contiene tres apartados: En "Anuncios" se convocan becas de investigación y subvenciones para proyectos relacionados con el VIH/sida. En "publicaciones" se incluye el material gráfico de la última campaña de prevención, y la "guía del tratamiento antirretroviral para pacientes", en formato pdf. Recomendamos este documento en concreto por su gran interés terapéutico y por ser de reciente edición. Incluye, por último, una sección de "Enlaces". Entrando en esta web se puede consultar la biblioteca virtual de la Dirección General de Salud Pública, a través de una ventana "popup". Los fondos documentales sobre VIH y sida pueden ser descargados directamente en el ordenador del usuario.

## **2.2. Grupos de investigación y sociedades científicas**

*Cuidados Paliativos: <http://www.paliativos.com>*

Si bien este website no está dedicado específicamente al sida, en él se exponen los objetivos y principios básicos de los cuidados paliativos, perfectamente aplicables a las fases avanzadas de esta enfermedad. Una sección de especial interés es la que se encarga de desarrollar la planificación de la asistencia paliativa.

*Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III:  
<http://www.isciii.es/cne/>*

En el sitio web de este centro existe un apartado dedicado al sida, donde se muestran los resultados de la vigilancia epidemiológica del sida en España. Es posiblemente el website donde puede accederse a los

datos más actualizados sobre la incidencia de la epidemia en nuestro país. Otro apartado recomendable es el denominado "Recursos sobre epidemiología y salud pública", con links a varias instituciones sanitarias, información de congresos, bibliotecas virtuales y cursos de epidemiología en Internet.

*Sociedad Andaluza de Enfermedades infecciosas: <http://www.saei.es/>*

La SAEI es una sociedad científica cuyos fines son promover y fomentar el desarrollo de la disciplina de las enfermedades infecciosas. Tiene como socios a médicos clínicos, especialistas en medicina interna de hospitales y centros sanitarios andaluces. Esta web puede ser de utilidad para contactar con profesionales médicos especializados en enfermedades infecciosas. El usuario puede conocer las publicaciones y comunicaciones a congresos de los componentes de la SAEI. Se ofrece acceso gratuito a la edición *online* de la revista "Avances en enfermedades infecciosas", a texto completo. La web también incluye una agenda de congresos, un apartado de noticias, guías clínicas para los tratamientos antirretrovirales, y bancos de imágenes médicas.

*Grupo de investigación enfermedades infecciosas. Hospital Carlos III: <http://www.hcarlosiii.com/investigacion/index.htm>*

Este sitio web puede útil para quienes precisen bibliografía actualizada sobre tratamientos antirretrovirales. En esta página, el equipo de investigación de enfermedades infecciosas del Hospital Carlos III de Madrid presenta sus trabajos publicados en revistas médicas nacionales e internacionales, y los presentados en congresos científicos.

*Fundación FIT y Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH: <http://www.foro-VIH.org/indice.html>*

Esta página, patrocinada por unos laboratorios farmacéuticos en colaboración con varias ONGs, incluye tres secciones principales. En la denominada "Preguntas a los expertos", se encuentran respuestas a las cuestiones sobre el sida que con mayor frecuencia plantean los afectados y las personas interesadas. El usuario puede a su vez formular nuevas preguntas. Otra sección corresponde a la Fundación FIT (Formación e Información sobre Tratamientos en el VIH/sida), otra a la revista "Agenda de Acción", una publicación sobre los tratamientos del sida, y por fin la sección GTT (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH), incluyendo la edición digital de la revista "Lo + positivo". Esta

publicación está dirigida fundamentalmente a personas afectadas, ya que abarca temas médicos, económicos, sociales y de autocuidados (nutrición, hábitos saludables, etc). La web incluye el boletín "Doctor Fax", una traducción al castellano de los artículos médicos sobre el tema de mayor actualidad.

*GESIDA: <http://www.servicom.es/gesida/>*

GESIDA es un grupo de trabajo integrado por profesionales sanitarios, con el objetivo de promover, fomentar y difundir el estudio e investigación de la infección por el VIH. Se ofrece abundante información sobre la entidad. Las secciones de mayor interés son "Reuniones científicas", donde se exponen en forma de diapositivas (formato ppt) las comunicaciones presentadas en dichos encuentros. La temática es fundamentalmente médica. En el apartado "Estudios multicéntricos" se informa del procedimiento para solicitar financiación para realizar investigaciones, y los proyectos que GESIDA tiene actualmente en proceso de realización. Son también destacables los apartados "publicaciones" y "noticias", así como los numerosos links a otras páginas en inglés y castellano.

### **2.3. Empresas privadas**

*Worldwidehospital: <http://www.worldwidehospital.com/hospital/sida0.htm>*

Se trata de un hospital virtual que ofrece sus servicios de consulta *online*. Cuenta con diferentes especialidades médicas entre las que se incluye una sección de psicología infantil, de adultos, y de sexología. La unidad de VIH/sida ofrece información general sobre la enfermedad y la posibilidad de consultar con médicos especialistas en hematología y con psicólogos que prestan apoyo *online* a pacientes afectados por el VIH. Las modalidades de las consultas son variadas, al igual que los honorarios. En el caso concreto de la consulta psicológica, se ofrece también la opción de realizar sesiones de terapia vía chat con cita previa. La presentación gráfica de la web resulta impecable.

*SM S.L.: <http://usuarios.iponet.es/sm/index.htm>*

Esta página web corresponde a una empresa de Barcelona que distribuye máquinas dispensadoras de jeringuillas y kits de inyección. Es recomendable la visita a este website para los interesados en adquirir uno de estos equipamientos, y para todo aquél que desee conocer el funcionamiento y las distintas presentaciones de las máquinas dispensadoras de

jeringuillas. La empresa refiere un éxito de ventas importante de estas máquinas en países europeos como Suiza o Italia.

*Merck Sharp & Dohme (MSD) : <http://www.msd.es>*

Éste es el nombre comercial con el que opera en España la compañía farmacéutica estadounidense Merck & Co. Entre los productos de estos laboratorios, se encuentran los fármacos antirretrovirales, y por esa razón en la web se incluye un apartado de "enfermedades" donde se ofrece información sobre el sida. Ofrece también para profesionales sanitarios un vademécum de consulta *online*. Trata las actitudes ante el sida, presentando testimonios de casos supuestamente reales, por ejemplo: *"Mi novio y yo siempre hemos practicado sexo seguro, pero el mes pasado mi médico me dijo que había dado positivo en la prueba del VIH. ¿Cómo ha podido suceder? La noticia me enfadó muchísimo y me asustó enormemente. Me di cuenta de que nuestra versión del "sexo seguro" me protegía frente a un embarazo, pero no del VIH. Ojalá hubiera tenido más información sobre los riesgos del VIH y del sida. Mi novio está esperando los resultados de su prueba. Estoy decidida a informarme sobre este trastorno de modo que, junto con mi médico, pueda vigilarlo y explorar las estrategias de tratamiento adecuadas"*. Presenta, con texto completo, alguna de las publicaciones sobre temas médicos editadas por esta compañía. Entre los aspectos positivos de esta web destaca también que incluye referencias bibliográficas actuales sobre el sida.

*Laboratorios Roche: <http://www.roche.es>*

Siguiendo la secuencia > FARMA > PRODUCTOS DE PRESCRIPCIÓN > AREAS TERAPEUTICAS > VIH/sida se llega al lugar donde estos laboratorios presentan sus líneas de producción. A diferencia de los anteriores, Roche presenta una web de carácter más bien publicitario.

*Clínica Eugin de ginecología y reproducción, Barcelona: <http://www.eugin.net>*

En el sitio web de esta clínica se informa acerca de la paternidad de parejas en las que el hombre, la mujer, o ambos, están infectados por el VIH. Se dan recomendaciones a las parejas y se explican los requisitos para poder realizar una inseminación artificial, incluido el presupuesto económico desglosado para cada fase del proceso: estudios previos de la mujer y del varón, planificación del ciclo de inseminación, lavado seminal, etc. Puede resultar una web interesante para aquellos psicólogos que deban asesorar a pacientes que estén planteándose la paternidad a pesar de ser seropositivos.

*Librería virtual sobre temas de salud:* <http://www.ieanet.com/loslibros/>

En este sitio web se encuentra disponible un amplio catálogo de publicaciones sobre psicología, psiquiatría, drogas, sida, e Internet. Los libros agrupados en estas categorías se presentan por el año de edición. El usuario también puede realizar búsquedas temáticas y adquirir los ejemplares que desee.

*Preservativos "Control":* <http://www.coontrol.com>

Website de la empresa de preservativos "Control", de carácter básicamente comercial. Su visita puede ser interesante para conocer datos exactos sobre la eficacia de los preservativos de látex en la prevención del sida. También es de utilidad el apartado "diez reglas de oro para el uso del preservativo", con consejos para obtener la máxima seguridad en el uso de preservativos.

*Sexualidad responsable:* <http://www.arconet.es/med/avg>

Página personal de Alfonso Vivas, médico-sexólogo responsable de un centro de planificación familiar público. La web se dirige principalmente a jóvenes, y trata sobre la salud sexual y reproductiva. Ayuda a conocer los métodos de control de la natalidad y las prácticas sexuales seguras. Entre sus contenidos, se revisan los conceptos generales de la planificación familiar, la efectividad de cada método anticonceptivo, la forma de uso, las limitaciones de cada uno, etc.

*Sociedad Española de Cuidados Paliativos:* <http://www.secpal.com/>

Se trata de una entidad sin ánimo de lucro que reúne a personas relacionadas en su trabajo o estudios con la atención a enfermos terminales, sus familias y sus cuidadores. Su finalidad es la promoción y difusión de los cuidados paliativos en el ámbito científico, clínico y social. Entre las secciones de la web destacamos los apartados "Guía de Cuidados Paliativos", "Biblioteca telemática" y la revista "Medicina Paliativa". La Guía de Cuidados Paliativos es un documento a texto completo que recoge las recomendaciones elaboradas por un grupo de expertos sobre la actuación médica, psicológica y social en pacientes que se encuentran en situación terminal. Se incluye información sobre las enfermedades terminales, los objetivos y bases de la intervención terapéutica, el tratamiento del dolor, cómo informar y dar noticias al enfermo y familiares, la atención a la familia, la actuación en los últimos días durante la agonía, o la intervención en el duelo. En la sección Biblioteca Telemática, se presentan artí-

culos científicos recientes, comentados por profesionales especialistas. En el apartado dedicado a la revista "Medicina Paliativa" se muestran los índices y resúmenes de las últimas ediciones de la publicación. Se ofrece la posibilidad de suscripción a una lista de distribución de correo electrónico. Incluye además información sobre congresos y formación de postgrado para profesionales que deseen especializarse en el tema.

*Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria :*  
<http://www.icepss.es/>

La Fundación ICEPSS es una institución sin ánimo de lucro dedicada fundamentalmente a la organización e impartición de cursos presenciales y a distancia, jornadas, congresos, etc. Se ofrecen cursos relacionados con el VIH/sida, la educación para la salud, la intervención psicosocial en enfermedades terminales y los cuidados paliativos. Se oferta material bibliográfico y audiovisual sobre dichas temáticas.

*SESIDA:* <http://www.seisida.org>

Según se expresa en su página de presentación, la Sociedad Española Interdisciplinaria del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SESIDA) nació en 1989 con el ánimo de ofrecer frente a la Infección por el VIH cauces de colaboración científica y profesional y también de cooperación con el tejido social y las autoridades políticas y sociales, abarcando la enfermedad del sida en sus diferentes aspectos (biomédico, - psicosocial, etc.). En el menú principal del sitio web se hallan los apartados siguientes: avances en sida, respuestas y orientación, recomendaciones técnicas, datos epidemiológicos, publicación oficial de SESIDA, cursos, congresos, bases de datos, reuniones de consenso, y un último apartado sobre el sida en Internet. Presenta más de treinta enlaces con otros sitios web relacionados, todos en lengua inglesa y francesa, incluidas revistas científicas norteamericanas, como el Journal of AIDS/HIV, de la Sociedad Médica Nacional de los Estados Unidos, así como el prestigioso JAMA (The Journal of the American Medical Association).

*Página personal:* <http://www.ctv.es/USERS/fpardo>

Esta página personal ofrece una completísima información sobre los principales aspectos referentes al sida. A pesar de ser una web desarrollada por un particular, sus contenidos son de una calidad notable, y lo demuestra el alto número de visitas que acumula. La lectura de todos sus contenidos hará que el usuario adquiera información pormenorizada

sobre los aspectos biológicos del VIH, los datos sobre la pandemia y la enfermedad del sida: manifestaciones clínicas, clasificaciones, infecciones oportunistas y tratamientos antirretrovirales. En la página también se ofrecen numerosos enlaces directos con otros *websites*, así como listas de distribución de correo en español e inglés.

*Página personal:* [http://members.es.tripod.de/er\\_pelle/index.html](http://members.es.tripod.de/er_pelle/index.html)

Se trata, igualmente, de una web desarrollada por un particular, Javier Bellido, licenciado en biología. En este sitio se ofrece principalmente información de tipo biológico y genético sobre el VIH, su estructura genómica, ciclo vital del virus, etc. En otras secciones del website se explican los mecanismos biológicos de los tratamientos antirretrovirales, describiéndose con detalle la forma en la que actúan las pruebas de detección ELISA y WESTERN BLOT.

<http://www.hispachat.com>

En la sección sobre "salud", se encuentra la "Comunidad Virtual sobre Salud". Se trata de una *web-chat* donde pueden establecerse conversaciones en tiempo real con otros usuarios. En la presentación se ofertan *chats* y foros de debate sobre temas de salud.

## **2.4. Organizaciones No Gubernamentales**

*Fundación del movimiento ciudadano anti-sida:*

<http://personales.mundivia.es/accas/pag/fundacion>

Se trata de una organización nacional que surge con el objetivo de combatir la expansión del sida y ayudar a los enfermos o infectados, sus familiares y amigos. Para ello realizan campañas de prevención y ayuda a enfermos. En la página se explican los objetivos y fines de la fundación, y se incluyen las direcciones de todas las asociaciones anti-sida españolas.

*Asociación Ciudadana Cantabra Anti-sida:* <http://personales.mundivia.es/accas>

Surge en 1992 con un doble objetivo: preservar los derechos fundamentales de los afectados por el VIH y prevenir la transmisión de la enfermedad. Esta asociación ofrece numerosos servicios: atención telefónica, acompañamiento, asesoría jurídica, apoyo psicológico, piso tutelado, grupo de apoyo a mujeres seropositivas, servicio de documentación, reparto de alimentos, información y orientación, cursos monográficos de formación, intercambio y recogida de jeringuillas, reparto de preservati-

vos, programas en la prisión, información y orientación a personas trabajadoras del sexo y el centro experimental DINAMO. Esta página es una de las más completas en cuanto a información acerca del sida, su origen, transmisión y prevención, así como de los tratamientos antirretrovirales. Ofrece la posibilidad de realizar consultas de forma confidencial y anónima. También se incluye información sobre el Centro Experimental de Empleo DINAMO, para la reinserción laboral de personas seropositivas y/o con problemas sociales diversos, a través de actividades de reciclaje de papel y encuadernación.

*Comité ciudadano anti-sida de Sevilla:* <http://www.sidaweb.org>

En la página se da información sobre las actividades del comité, entre ellas, atención telefónica e información personal, orientación jurídica, atención psicológica, formación a profesionales, grupos de ayuda mutua, etc. En la entrada SERO+ incluye la declaración universal de las personas con VIH/sida e información sobre los tratamientos, los fármacos y un interesante apartado acerca de los síntomas de las enfermedades oportunistas. También encontramos información sobre prevención y una completa hemeroteca, donde aparece una recopilación de artículos aparecidos en prensa, y la posibilidad de descargar varios números de las revistas Doctor Fax y Health IG News. Completan la información un práctico glosario de términos relacionados con el sida y una consulta *Online*. En su página principal ofrece enlaces al Juego del sida del Ministerio de Sanidad y Consumo y al resumen mundial de la epidemia VIH/sida de la OMS. Para terminar, destacar los numerosos enlaces a otras páginas. Se trata, pues, de una de los sitios web más completos de las ONGs españolas sobre sida.

*Asociación anti-sida de Málaga:* <http://geocities.com/Paris/Musee/5566>

Ofrece información muy interesante acerca del tratamiento del sida y cuestiones antirretrovirales, elaborados por el Centro de día de Salvador Sánchez.

*Asociación OMSIDA:* <http://www.gratisweb.com/omsida>

Sitio de presentación de la Asociación para la Ayuda de Personas Afectadas por el sida, ubicada en Zaragoza, cuya finalidad es promover el autoapoyo, la mejora de la calidad de vida y la solidaridad con los afectados. Ofrecen atención telefónica, counseling, un punto de encuentro entre seropositivos, con celebración de charlas, reuniones y fiestas,

grupo de ayuda mutua y talleres para aprender a cuidarse y prevenir el sida, en los que incluyen técnicas de autocontrol y acceso a la medicina complementaria. También disponen de biblioteca, archivo y asesoría jurídica.

*Instituto para el Estudio de las Adicciones: <http://w3.arrakis.es/iea/sida.htm>*

El Instituto para el Estudio de las Adicciones es una ONG que tiene como principal objetivo prestar un servicio de prevención y de asistencia en todo lo relacionado con las conductas adictivas. Su website ha sido declarado de interés para el Plan Nacional sobre Drogas. En esta excelente web existe un apartado sobre consumo de drogas y VIH. Entre los recursos relacionados con el sida a los que se puede acceder, destacamos: "Acceso a recursos sobre programas de intercambio de jeringuillas", "Educación Sanitaria desde los Programas de Intercambio de Jeringuillas", y la "Guía practica de información sobre VIH/sida en Internet". Todos ellos son documentos recientemente elaborados por especialistas en la materia. Se ofrece también información sobre los aspectos jurídico-penales de la persona afectada por el sida, así como un directorio nacional de las asociaciones que luchan contra el sida, y una base de datos europea de documentación especializada en el tema. Existe un acceso a la librería virtual del IEA, con material específico de la temática "drogas y sida". Incluye interesantes links, por ejemplo con la web de la última Conferencia Internacional sobre sida celebrada en Durban (Sudáfrica).

*Comisión ciudadana anti-sida de Álava: <http://www.personales.jet.es/sidalava>*

Surge en 1987 cuando un grupo de personas preocupadas por la actitud social ante el sida intentan responder a la problemática derivada de ella. Sus objetivos son la información social, el apoyo y asistencia a personas VIH+ y su entorno, orientación y prevención, y la lucha por la normalización del sida. En la página se ofrece información de los servicios y programas que lleva a cabo la asociación, entre ellos, casa de acogida, piso para penados, apoyo psicológico, programa de alimentos, servicio de asistencia social, programas de prevención, centro de día Estrada, etc. También explica dónde acudir para realizarse la prueba de detección de anticuerpos del VIH.

*Comité ciudadano anti-sida de Valladolid: <http://entidades.leasein.es/cias>*

Presenta los datos del aumento espectacular de casos de sida detectados en todo el mundo, y se critica la impasibilidad social en la lucha con-

tra la enfermedad, que en su opinión, tiene una mejor solución que esperar al descubrimiento de la vacuna.

*Comité ciudadano anti-sida de Salamanca: <http://sidasalamanca.ongs.org>*

Se dedica a ofrecer apoyo y diversos servicios a los infectados de VIH. Para ello realizan campañas de prevención, promueven grupos de ayuda mutua, y ofrecen información, atención y apoyo psicosocial y jurídico a los afectados y sus familiares. En esta web se presenta la asociación y ofrece un gran número de enlaces con información general y búsquedas, asociaciones e información médica.

*Associació ciutadana anti-sida de Catalunya:*

*<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/6514>*

Página de presentación de esta ONG catalana que trabaja en la prevención de la infección y en la integración social de los afectados. Ofrecen servicios de apoyo emocional para enfermos y sus familias, acompañamiento domiciliario y hospitalario y línea telefónica de información. Tienen en funcionamiento un programa de apoyo y prevención del VIH/sida en el penitenciario "La Model" de Barcelona, y un centro de día "El Taller" para afectados.

*Unión para la ayuda y protección de los afectados por el sida :*

*<http://www.unapro.org>*

Esta ONG canaria incluye en su web información de interés para los afectados, como los derechos y deberes de los pacientes y las reivindicaciones de la asociación sobre política social, pensiones, etc. Los programas de actividades desarrollados por UNAPRO son numerosos y variados, abarcando la prevención e información de jóvenes, la formación del voluntariado y del personal sanitario, y el apoyo psicológico, jurídico y social a afectados y sus familias. Incluyen una línea de información telefónica (línea Abierta) y vía Internet (Info sida NET) a través del correo electrónico o de los canales IRC españoles en horario predefinido. También se accede a información sobre prevención del sida y a numerosos enlaces acerca de tratamientos, así como a una interesante selección de artículos de prensa. Se incluyen enlaces a "20 años", revista dirigida a jóvenes con información específica de VIH/sida y a "Cool Comics" que proporciona información sexual para niños y adolescentes y sirve de material pedagógico para la prevención sexual en colegios.

*ACTÚA: <http://www.interactua.net>*

Asociación integrada por afectados del sida en Barcelona, que surge con el objetivo de ofrecer información y apoyo a personas en las mismas circunstancias. En la web se ofrecen noticias que reflejan la actualidad de la red sobre VIH/sida, una "biblioteca virtual" en la que se da amplia información al paciente acerca de los tratamientos antirretrovirales, medicinas complementarias y alternativas y un interesante dossier sobre mujer y sida. Como novedad, ofrece la posibilidad de poner en contacto a personas seropositivas a través de un chat y un tablón de anuncios.

*Jaén objetivo vida: <http://www.members.tripod.com/camicis>*

Página de presentación de esta ONG que trabaja para apoyar a afectados de VIH/sida y sus familiares, y para concienciar a la sociedad sobre los problemas asociados al VIH. Sus objetivos básicos e engloban en centro de día, apoyo familiar, ayuda domiciliaria - hospitalaria y programa de información y prevención.

*Asociación de familias de ayuda al drogodependiente (AFAD):*

*<http://www.geocities.com/athens/academy/5519>*

Asociación que desarrolla actividades de ayuda mutua para familias afectadas por la drogodependencia. Ofrece cursos de prevención y actividades de reinserción. En la página informan de las actividades de sensibilización de la población y demandan la excarcelación de los presos con sida.

*Sida-studi: <http://www.intercom.es/sidastudi>*

ONG de Barcelona que ofrece un centro de documentación y talleres de prevención. A través de la página se accede a la base de datos documental para realizar consultas. La web incluye amplia información sobre prevención y tratamientos, una detallada agenda de congresos y actividades y recopilaciones de noticias aparecidas en la prensa, así como numerosos enlaces comentados. También ofrece la posibilidad de realizar preguntas y respuestas sobre el sida, las formas de transmisión, etc.

*Apoyo positivo : <http://www.tuspain.com/care/apoyo.htm>*

ONG que nace en 1993, integrada por un grupo de profesionales sanitarios del Hospital La Paz de Madrid, con el fin de responder a las necesidades de los pacientes afectados por el sida. Trabaja en tres áreas:

apoyo psicológico, cuidados paliativos e infantil. Ofrece atención psicológica y atención domiciliaria a los enfermos, así como apoyo a la familia del paciente. Actualmente está centrando su atención sobre los niños enfermos e hijos de padres infectados, y ampliando el ámbito de actuación a toda la Comunidad Autónoma. La página ofrece información sobre el trabajo de la organización y enlaces a otras webs de asociaciones del ámbito del sida y de información especializada.

*Área por la libertad de expresión afectivo sexual de Izquierda Unida Federal (ALEAS):* <http://www.leo.worldline.es/osleon00>

Se trata de una de las áreas de elaboración colectiva de Izquierda Unida, que constituye el referente organizativo de este partido político en el ámbito de la sexualidad, la libertad de expresión, los derechos humanos y la solidaridad. En el apartado dedicado al VIH/sida incluyen la declaración universal de los derechos de las personas con VIH/sida y un enlace con FASE.

*Coordinadora gai-lesbiana:* <http://www.pangea.org/org/cgl>

La Coordinadora Gay-Lesbiana es una federación de cinco asociaciones de Barcelona que trabajan por los derechos de gays y lesbianas en la lucha contra el sida y la solidaridad con los afectados de VIH. Dos de éstas ofrecen información sobre sida: Stop Sida, dedicada a la lucha contra el sida y Gais Positius, que surge como espacio de encuentro y apoyo para homosexuales afectados por el VIH/sida. En el website de Stop Sida se ofrece gran cantidad de información sobre las vías de transmisión y sexo seguro e incluyen los folletos de información y prevención realizados por esta asociación. La asociación realiza campañas de prevención, talleres de sexualidad y facilita a la persona seropositiva la ayuda y el apoyo necesarios para adaptarse a la nueva realidad (<http://www.pangea.org/org/cgl/stopsida>)

Por su parte, Gais Positius tiene en la red una serie de mensajes ("las 20 razones de Gais Positius" y "no estás solo") dirigidos a todos los seropositivos (<http://www.pangea.org/org/cgl/positic.htm>)

*Colectivo de lesbianas y gays de Madrid (COGAM):* <http://www.cogam.org>

Ofrece consejos de prevención de sida e información de la comisión y proyectos europeos de prevención de VIH/sida, así como enlaces a todos ellos. También organiza un grupo de autoayuda para seropositivos.

*Asociación de lesbianas y gays de Cantabria (ALEGA):*

*<http://www.nodo50.org/alega>*

Aporta información sobre sexo seguro y el listado de todas las asociaciones de lucha contra el sida en Cantabria. Incluye una relación muy interesante con todas las asociaciones españolas de gays y lesbianas con página web, así como otros enlaces.

*Plataforma gay-lesbiana de Sevilla (SOMOS): <http://www.arrakis.es/~somos>*

Surgió para implicar a todos aquellos que defienden la pluralidad de comportamientos sexuales y quieren comprometerse para defender sus derechos, resolver sus problemas y abrir un espacio de comunicación ente ellos y con toda la sociedad. Entre sus enlaces, incluyen algunos relativos a avances científicos sobre sida. También editan en la red la revista "X TI", que abarca aspectos de interés de esta enfermedad.

*Casal lambda. Centro asociativo de gays y lesbianas:*

*<http://www.lambdaweb.org>*

Desde 1976 ofrece a gays y lesbianas un espacio de encuentro y orientación, y un Centro de Información y Documentación dirigido a profesionales e investigadores. En el apartado "El trabajo del Casal en salud y sida" ofrece información sobre el asesoramiento de salud y las actividades de prevención e información sobre sida. La página también incluye datos acerca de las conductas de riesgo, la prevalencia de la enfermedad y una selección de noticias en español. Aporta teléfonos y direcciones de interés donde recabar más información.

*De par en par: <http://redestb.es/deparenpar>*

ONG extremeña que nace con el objetivo de luchar por la diversidad afectivo-sexual. Bajo el título "La lucha contra el sida es cosa de todas y todos, nuestra y tuya" incluye información sobre la prevención del VIH, explicando las conductas de riesgo que se deben evitar y aclarando las conductas que se deben fomentar. Enlaces interesantes.

*Fundación Triángulo: <http://redestb.es/triangulo>*

Entidad madrileña sin ánimo de lucro cuyo objetivo es la igualdad social de gays y lesbianas. Su trabajo se diversifica desde campañas políticas (como la ley de parejas de hecho) hasta actos culturales y lúdicos, pasando por todo tipo de información. En la página del Equipo de Salud y Lucha contra el Sida (ELCOS) de la Fundación ofrecen infor-

mación muy interesante acerca de la epidemiología, las pruebas clínicas y los tratamientos retrovirales entre otros. Además, aporta un gran número de enlaces valiosos.

*Euskal herriko gay askapen mugimendua (EHGAM):*

*<http://www.geocities.com/westhollywood/1446>*

Se trata del movimiento gay de Euskadi, de liberación de la homosexualidad, enmarcado en un proceso global de liberación sexual. Su actividad se inició en 1977, y entre ellas destaca la edición de la revista *Gay Hotsa* y un programa semanal de radio en *TasTas Irratia*. En el apartado "sexo seguro" trata la prevención, con un enlace a [safersex.org](http://safersex.org), y varios links de información sobre sida. También informa sobre las asociaciones ciudadanas anti-sida y grupos de apoyo del estado español.

*Asociación andaluza de lesbianas y gays NOS: <http://www.lander.es/~chema>*

La asociación Nos lleva trabajando en Granada desde 1993 por los derechos de homosexuales, realizando una labor reivindicativa y social, mediante un centro de día y diversos proyectos subvencionados oficialmente. Entre ellos destaca AYUDÉMONOS, que comprende prevención del sida/VIH (con campañas de información y reparto de preservativos), apoyo e información, y grupo de autoayuda para afectados. También editan la revista "Triángulo", que se puede consultar en esta web, en la que se abordan temas de salud relacionados con el sida.

*Col·lectiu lambda: <http://www.arrakis.es/~lambda>*

Entre las comisiones que conforman la asociación, se ha creado el grupo Stop Sida, con talleres de prevención, voluntariado, actividades públicas, y el Grupo Positivo (que ofrece su ayuda a las personas seropositivas, además de actividades de formación e información, publicaciones ayudas a enfermos, etc.). Ambas organizaciones se engloban dentro del Col·lectiu Lambda y en esta página se informa de sus actividades y objetivos. Entre sus enlaces, destacan unos muy interesantes sobre los avances científicos en el sida.

*Gays y lesbianas de aquí (GYLDA):*

*<http://www.geocities.com/westhollywood/village/3331>*

Es la primera asociación de homosexuales de La Rioja, que surgió para fomentar la comunicación entre homosexuales, defender sus derechos y facilitar el intercambio de experiencias, ideas, etc. En la página dedicada

al sida, ofrecen información básica sobre la enfermedad. Destacan las secciones "si tienes un amigo con el sida" y "si tienes el sida: no estás solo", que aborda aspectos importantes como el estado emocional, el miedo a la muerte y direcciones y enlaces de interés. También ofrece "Asexórate", el boletín de información sexológica del Centro Joven de Información Sexual de Logroño, uno de los cuales está dedicado al sida.

## 2.5. Fundaciones

*Fundación "La Caixa":*

[http://www1.lacaixa.es:8090/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/sdprhome\\_esp](http://www1.lacaixa.es:8090/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/sdprhome_esp)

La Fundación "la Caixa" es la entidad que gestiona los recursos que la Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona destina a su obra social y cultural. Desarrolla sus actuaciones en toda España, habiendo organizado durante el pasado año más de cinco mil actividades, a las que asistieron más de 9 millones de usuarios, según se informa en la web. La sección dedicada al sida se divide en cuatro apartados: "Prevención", "Investigación", "Atención al enfermo" y "Actividades". En lo referente a prevención, se ofertan publicaciones monográficas, catálogos y folletos dirigidos a padres y a educadores. Pueden realizarse pedidos vía e-mail. En cuanto a la investigación, en la web se destaca el trabajo realizado desde el Laboratorio de Retrovirología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, centro de referencia para la investigación virológica sobre el sida en Cataluña. En lo referente a atención al enfermo se da cuenta de tres proyectos financiados por esta fundación: El hospital de día a domicilio, en Barcelona, el programa de cuidados paliativos domiciliarios, en Sevilla, y el de atención directa a niños y familias afectados por el sida, en Barcelona.

*Fundación Lucía para el sida pediátrico:*

<http://www.bcn.es/tjussana/flusip/c1.htm>

Tal y como se informa en la página de presentación, esta entidad tiene como principales objetivos mejorar la calidad de vida de los niños infectados y sus familiares, mediante la realización de actividades lúdicas y culturales, como colonias de veranos y salidas de fin de semana. Organiza diversas jornadas y otras actividades de formación dirigidas a profesionales (psicólogos, pediatras, enfermeros/as). Se anuncia que las personas interesadas pueden solicitar a la fundación los libros de las ponencias. La entidad promociona también el avance en la investigación sobre el sida pediátrico,

habiendo concedido becas y premios de investigación. En la página web se indican las formas de contacto y se anuncian las próximas actividades.

*Fundación Máximo Soriano Jiménez: <http://www.fundsoriano.es>*

Se trata de una fundación privada radicada en Barcelona, que surge en 1987 con el fin de ayudar en el desarrollo de la investigación, docencia y tratamiento en todo ámbito de las enfermedades infecciosas y sida, así como en su prevención y educación sanitaria de la población. Concede ayudas a proyectos de investigación en enfermedades infecciosas y sida que se han desarrollado en España, en varios países europeos y en África. La página presenta la fundación e informa de las becas que oferta.

*Fundación para la Investigación y la Prevención del sida en España (FIPSE) : <http://www.fipse.com>*

FIPSE es una fundación privada, en la que el Ministerio de Sanidad y Consumo colabora con las compañías farmacéuticas que comercializan medicamentos antirretrovirales. Se define como una entidad de carácter social y sanitario constituida sin ánimo de lucro, que pretende coordinar los esfuerzos que se realizan en la lucha contra el sida, en especial los aspectos relacionados con la investigación sobre esta enfermedad. Además de la Dirección General de Salud Pública, se encuentran implicadas en esta organización el Instituto de Salud Carlos III y la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. A través de una convocatoria anual de ayudas a la investigación, financia proyectos de investigación sobre el VIH/sida en las áreas básica, clínica, epidemiológica, preventiva, económica y social. La web incluye apartados en los que se presentan los proyectos de investigación aprobados para su financiación en las dos primeras convocatorias (se incluyen abstracts sobre las investigaciones y composición de los equipos), y las bases para la tercera edición. Recoge también un apartado de novedades y enlaces con otros sitios. Hay links con las entidades que componen FIPSE.

*Fundación anti-sida de España (Fase): <http://www.fase.es>*

Organización que surge para promover en la sociedad española una respuesta adecuada ante los problemas derivados del VIH y sida. Ofrece amplia información científica y divulgativa acerca del VIH, así como de métodos y criterios de diagnóstico y tratamiento, y la situación de la enfermedad en nuestro país. También se puede acceder a una guía de recursos que contiene el listado completo de los centros existentes en España que

ofrecen asesoramiento e información sobre temas relacionados con el VIH, con la posibilidad de realizar consultas por provincia y por servicios prestados. En la entrada "Campañas de prevención" se accede a los programas de publicidad desarrollados por FASE. A través de esta página se puede obtener el material divulgativo y las publicaciones elaboradas por FASE, parte de las cuales están disponibles en formato electrónico. El website se completa con enlaces de organismos internacionales, congresos internacionales así como revistas médicas y noticias de interés.

## 2.6. Casas de acogida

*La casa azul:* <http://www.servicom.es/casaazul>

Casa de acogida, obra de la Sociedad de San Vicente de Paúl y sustentada en un proyecto de trabajo intercongregacional en el que colaboran seglares, clérigos de varias órdenes y voluntarios. Acoge a enfermos con sida desarrollado y sin recursos económicos. Esta página ofrece una pequeña presentación del centro, indicando una dirección de contacto.

*BASIDA:* <http://www.infonegocio.com/basida>

Asociación de carácter benéfico y asistencial, que tiene como objetivo general la atención a personas necesitadas desde el punto de vista biopsicosocial, con un ámbito de actuación local, autonómico y nacional. Integra varias casas de acogida para enfermos terminales de sida, programas de desintoxicación de drogas y de formación de voluntariado. BASIDA también pretende ofrecer información para prevenir y asesorar sobre esta enfermedad. En su web se ofrece amplia información sobre las casas de acogida y sus servicios.

*Casa de acogida "Hermanas misioneras de enfermos pobres":*

<http://www.terra.es/personal/hmdlep>

Es la página de presentación de esta casa de acogida. Ofrece información sobre la orden y testimonios de voluntarios y hermanos en su atención a los enfermos.

*Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca:* <http://www.cruzblanca.org>

A través de esta página se accede a la Casa Familiar de San Lorenzo, un centro de asistencia para enfermos crónicos fundado en 1976 y dirigido por la Comunidad de Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca en Huesca. Se presenta el Centro y se informa del Proyecto Cruz Blanca, que engloba

las actividades del voluntariado que colabora en la casa de acogida. Entre sus actividades destaca el centro para prevención del sida O Cambalache, el piso de reinserción O Fogar y el Programa de reinserción Andemos.

### 3. BASES DE DATOS

---

En nuestro país no existe ninguna base de datos especializada exclusivamente en sida. La que recomendamos a continuación incluye trabajos españoles y extranjeros.

*AIDSLINE. Producida por la National Library of Medicine (NLM) :  
<http://www3.healthgate.com/>*

Incluye información sobre aspectos clínicos, éticos y de investigación, y sobre planificación sanitaria. Incluye artículos, informes gubernamentales, informes técnicos, comunicaciones a congresos y libros. Da cobertura a los trabajos publicados desde 1980 hasta la actualidad, actualizándose trimestralmente. El idioma es el inglés. Es de acceso libre, se pueden realizar consultas a los *abstracts* de los documentos, aunque para acceder al documento completo se requiere el pago de una cuota.

### 4. LISTAS DE DISTRIBUCION Y GRUPOS DE NOTICIAS

---

Las listas de distribución de Internet suponen una forma de discusión en grupo sobre temas determinados. En cada lista de correo pueden participar cientos de personas desde cualquier parte del mundo. Las personas que forman parte de la lista de distribución envían sus mensajes a la dirección de correo del servidor que gestiona la lista, y este redistribuye los mensajes en pocos minutos entre todos los suscriptores. Las personas suscritas contribuyen a la discusión o coloquio, simplemente leyendo los mensajes recibidos y enviando su opinión al respecto.

La mayoría de listas de distribución sobre el sida son en lengua inglesa, existiendo otras en español gestionadas desde distintos países latinos. En España encontramos las siguientes:

#### ***GentePoz***

Lista dedicada de forma exclusiva a personas seropositivas de habla hispana.

Dirección: Lists@web-Depot.com  
Texto: subscribe GentePoz

### *Gay seropositivos*

En la dirección <http://www.gayseropositivos.com> se puede realizar la suscripción libre a esta lista de distribución. A través de ella se divulgan noticias relacionadas con esta ONG, así como las novedades de mayor actualidad en la temática sida y movimiento social.

Por último, haremos mención a los grupos de noticias. Un grupo de noticias (o news) es un tablón de mensajes en torno a un tema determinado. A diferencia de las listas de distribución, éstos son públicos. El usuario puede acceder a aquellos grupos de news en los que esté interesado, siempre que el servidor de news al que esté conectado tenga acceso a esos grupos. Una vez lograda la conexión con un servidor de news, es necesario bajarse todos los grupos, y a continuación suscribirse en aquellos cuyos mensajes se desee leer. Pueden bajarse sólo los encabezados y leer únicamente aquellos mensajes que le interese por su tema, tamaño o autor.

En España existe un único grupo de news acerca del sida: **es.charla.enfermedad.sida**

Otro grupo de noticias relacionado es el que sigue: **es.charla.gay-lesbiana**

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

Cortés, MT y Martín, B. (1999). Acceso a la documentación española sobre drogodependencias en Internet. *Informació Psicològica*, 71, 43-53.

Lacoste, J, Megías, E, Tascón, C y García-Camba, E. (2000). La atención-prevenición en drogodependencias a través de Internet. Beneficios y perjuicios. Publicación electrónica Intersalud.net 2000; Artículo: [24 pantallas]. Disponible en: <http://www.intersalud.net/paginas/Num3/Adiccion/adiccion.htm>

Martín, B y Cortés, MT. (2000). Posibilidades de formación e información en drogodependencias desde Internet. *Informació Psicològica*, 72, 52-59.

Romero, A. (1996). La documentación psicológica en formato electrónico. *Anales de Psicología*, 12(1), 107-118.

### ***Agradecimientos:***

*Esta investigación ha sido realizada con la financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, y de la Fundación Séneca, mediante dos becas FPU al primer y segundo autor respectivamente.*

*Los autores agradecen la colaboración de Christopher Phillips.*

### ***Para correspondencia***

José Pedro Espada Sánchez  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Edificio "Luis Vives"  
Campus Universitario de Espinardo  
Universidad de Murcia  
Apartado 4021  
30080 MURCIA (España)  
E-mail: [jpespada@um.es](mailto:jpespada@um.es)  
Teléfono: 968 36 77 22  
Fax: 968 36 41 15



---

*INVESTIGADORES  
NOVELES*

---



---

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DROGA:  
POSIBILIDAD DE APLICACIÓN PRÁCTICA DE  
UN CONSTRUCTO EMINENTEMENTE TEÓRICO

---

Esther Gallego  
Carlos van-der Hofstadt  
Cordelia Estévez  
Carmen López  
José A. García del Castillo  
*Universidad Miguel Hernández.*  
*Universidad de Alicante.*

RESUMEN

---

El objetivo de este artículo es revisar la relación entre representación social y consumo de drogas en la literatura psicosocial, exponiendo también el marco referencial escogido para esta tarea, marco basado en la unión de los tópicos relacionados con la representación social. Se pretende no sólo apreciar lo que se ha escrito con relación a los dos temas citados, sino también aprovechar la revisión para comprobar la posibilidad de aplicación que posee la teoría de la representación social.

**Palabras clave:** Representación social, representación de la enfermedad, representación de la droga, percepción del consumo, actitudes hacia la droga.

ABSTRACT

---

The purpose of this article is to review the interaction between social representation and drug abuse in psychosocial literature. It is also

exposed the definitional framework chosen for this task, based in the joint of the concepts links with social representation. We want not only to evaluate the topics, also we use this article to prove the apply possibility of social representation.

**Key words:** Social representation, health representation, drug use representation, drug abuse perception, attitudes to drug use.

---

## INTRODUCCIÓN: EL POR QUÉ DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE ÉSTE FENÓMENO.

---

Con este artículo se pretende realizar una revisión sobre los trabajos publicados con relación a uno de los constructos teóricos más discutidos de la psicología social europea en las dos últimas décadas: La Representación Social. Sin embargo, no estamos seguros de si a partir de ello se logrará una explicación del origen y desarrollo de las representaciones sociales, que, lejos de recordarnos lo que son (nuestras creencias compartidas) se dedicara exclusivamente a dirimir el por qué de su desarrollo en todo grupo, comunidad o sociedad, y a propósito de todo objeto, sujeto o acción.

En cualquier caso se soslayará esta cuestión, en principio por estar más relacionada con la teoría psicosociológica cognitivista (Álvaro-Estramiana, 1995) y en segundo lugar porque se ha considerado más conveniente tratar su aspecto más práctico, esto es: su aplicación. Y como toda aplicación se merece ser concreta, hemos intentado ceñirnos a un campo que nos interesa, de ello se explica que la representación se ofrezca sobre un fenómeno como el de la drogodependencia. Al fin y al cabo, sobre la teoría casi todo está dicho. Desde Kant a Durkheim (1895, 1912) ,y desde éste a Moscovici (1961; 1988 y 1998) y sus seguidores (Jodelet, 1985 y 1989; Farr, 1986), sin olvidar las decisivas aportaciones que desde otra línea de la cognición social nos legó Heider (1944), ya ha sido todo tratado, a partir de aquí los esfuerzos por añadir datos a la Teoría de la Representación Social, no ha hecho más que tratar matices, matices de los matices y un círculo vicioso en torno a sus conceptos afines.

Tampoco se ha creído necesario insistir en este momento sobre la cuestión de la definición de representación social, pero no porque no se considere que sea importante, sino porque hasta ahora no hemos encontrado ninguna definición que supere a las realizadas por Moscovici y Jodelet. Aunque estamos de acuerdo con Ibáñez cuando propone en sus *ideo* -

*logías de la vida cotidiana* que nos encontramos ante un proceso de construcción de la realidad (además de ser un producto de la misma) que en su misión de pasar de lo abstracto a lo concreto, articula nuestra trama de creencias, mentalidades, ideas,... sobre lo cotidiano y lo ajeno, al tiempo que también son capaces de articular lo anterior (Ibáñez, 1991). Pese a que nos parece muy afinado este enfoque, no vemos que suponga alguna introducción novedosa a lo que ya propusiera el propio Moscovici, y por otro lado, como comentábamos, lo que se pretende con este trabajo es tratar el carácter práctico de la teoría de la representación, y no intentar el reto de proponer una definición a un proceso que, precisamente, ya se ha definido en numerosas ocasiones.

Por nuestro interés en la aplicación práctica nos alejamos de esta línea, que sí es en cambio la que han escogido los teóricos europeos interesados en la obra de Moscovici. Brillantes aproximaciones al estudio de lo que algunos han venido a llamar "la nueva teoría de las actitudes" o también "la revisión de las teorías implícitas". En cualquier caso, esta corriente ha servido para ayudar a dilucidar el propio concepto de representación social, centrándose para ello en el aspecto fenomenológico (también semántico) de la cognición social, así como en el aspecto hermenéutico de las ciencias sociales en general y de la psicología social en particular.

Camino diferente ha sido el que han tomado los investigadores americanos - frente a la anterior propuesta comentada, la europea, mucho más teórica- sabiendo destapar la capacidad de aplicación que poseía esta parte de la Cognición Social. Pese a haber supuesto ser menos rigurosos con los conceptos, ello no ha significado que olviden los fundamentos psicociológicos y epistemológicos en los que se apoya la teoría, habiendo generado un acuerdo tácito dando por sentadas nociones de partida para que ello permitiera una agilidad en la operatividad. Así con Leventhal, Lau y Hartman como pioneros y De Ridder y Heijmans, entre otros, como continuadores, se ha labrado un camino diferente, distinto no sólo por utilizar otros mecanismos de medición a los utilizados por la corriente europea, sino también por abrir nuevos caminos de aplicación, en concreto todo el campo de estudio de la representación de la enfermedad (Leventhal et al., 1980; Heijmans y De Ridder, 1998).

Dentro de esta línea se han venido desarrollando trabajos sobre la representación de las conductas adictivas, desde trabajos en torno al alcohol en un primer momento, hasta últimamente trabajos a cerca de la representación de las drogas de diseño. En general, se analizan diversos enfoques para acercarse a la comprensión de las adicciones así como a

posibles vías de actuación. Se aprecia en los estudios revisados como la cuestión de la droga puede ser abordada con el fin de poner de manifiesto la capacidad de las representaciones tanto para conocer las diferencias que median entre diversos grupos sociales (consumidores de drogas y no consumidores), como para conocer la forma en que una representación incide sobre las conductas relacionadas con dichas sustancias. Lo que nos proporciona una idea del valor instrumental que posee el estudio de las representaciones para actuar ante determinadas conductas.

A la vista de lo anterior, en este trabajo se plantea ofrecer una de las posibles vías de afrontamiento que posee el campo de investigación y trabajo en psicología social: el estudio de las representaciones sociales. Además, nuestra revisión nos ha llevado a considerar la bondad de aunar ambas trayectorias (la perspectiva europea y la americana) con el fin de ofrecer una visión no sólo más completa, sino también más operativa de la representación social de un fenómeno tan complejo como la conducta adictiva.

---

## ANÁLISIS DEL MATERIAL

---

La revisión del material de investigación en torno a la representación social de la drogodependencia pasa por ser un análisis de términos ínter relacionados, donde se hace necesario revisar todo lo referente a actitudes, teorías implícitas, estereotipos, creencias en salud, etc. ya que no siempre se ha estudiado la representación social como un término puro dentro de la Cognición Social, por lo que se ha hecho necesario revisar conceptos que, o bien han precedido a esta teoría, o bien han sido presentados como sinónimos o ideas afines, especialmente cuando se alude a actitudes o creencias.

La aplicación de las representaciones sociales, más allá de la enfermedad y el alcoholismo, ha sido realmente escasa, pero en absoluto improductiva, centrándose más en las similitudes de los procesos psicosociales básicos que en una definición exacta de representación, que permitiera diferenciarlo de los anteriores conceptos. Como sabemos es imprescindible definir claramente un concepto si pretendemos trabajar con él; pero dado el estado de desarrollo en la aplicación de las representaciones sociales de las drogas no se ha podido llegar a una precisión total. Sobre todo si se tiene en cuenta que existen similitudes de proceso entre el fenó-

meno que tratamos y otros mecanismos como las actitudes, estereotipos, esquemas, etc.

De todas formas, partiendo de la necesidad de tener bien nítidos los límites en una definición si se pretende medir un fenómeno, se hacía necesario hacerlo para el caso de las representaciones sociales, ya que tanto a dado para escribir la ambigüedad de su definición. De ahí que, como acabamos de comentar, se creyera conveniente incluir en las secuencias de búsqueda de la revisión bibliográfica a los conceptos más relevantes de la percepción social.

Se desprende de la literatura consultada que la representación de la droga se encuentra en el mismo punto que otros conceptos básicos de la psicología social: un lugar intermedio entre las creencias y la conducta. Considerándose como sinónimo de conceptos como actitudes, percepción, estereotipo o incluso ideología, no parece que las investigaciones sobre drogas y percepción pretendan aclarar dudas más o menos teóricas (semánticas, metodológicas o de concreción operativa) sobre los procesos que conducen a la población a tener una idea sobre las drogas o sobre su consumo. En cambio, si demuestran un gran interés sobre el conocimiento cotidiano que la gente que nos rodea posee sobre el consumo de ciertas sustancias.

Como punto de partida, tras un barrido sobre lo que se ha publicado a propósito de representaciones sociales de las conductas adictivas durante los tres últimos años (1998, 1999 y 2000) podemos resaltar algunos de los resultados a los que llegaron. Un punto a considerar supone la comprobación de que las expectativas que se poseen sobre una sustancia adictiva están relacionadas con el consumo posterior, llegándose a corroborar que las expectativas son predictivas del consumo posterior (Castellana y Lladó, 1999, Zupiria et al., 1999; Bejarano et al., 1999). Dichas expectativas forman parte de un conjunto de creencias, compartidas, construidas y transformadas por el grupo al que se pertenece, siendo este conjunto de creencias las representaciones sociales (Álvarez y López, 1999).

En cuanto a otros aspectos del material consultado, nos encontramos con una constante alusión en los estudios a la representación que los adolescentes tienen de los adultos: Los jóvenes que han probado drogas creen que la mayoría de los adultos no únicamente las han probado, sino que además también las consumen con asiduidad (Zupiria et al., 1999). Y también, por otra parte, aquellos jóvenes que han consumido sustancias ilegales, aunque sólo fuera por una vez, poseen una percepción del ries-

go derivado del consumo mucho menos severo que quienes nunca han consumido (Castro y Godoy, 1999). Si se ha visto que en los últimos años el interés sobre estudios en torno a la percepción del riesgo (tanto en cognición social como en otras áreas) ha tenido un incremento considerable (Basabe y Páez, 1992; Pons y Gil, 1998; Álvarez y López, 1999; Castro y Godoy, 1999; Zupiria et al., 1999; Megías et al., 2000), llegando todos ellos a coincidir en que la toma de decisión de consumir o no está muy relacionada con la percepción del riesgo derivado de ese consumo. De modo que se utilizó este conjunto de investigaciones en la línea del riesgo percibido y la decisión de consumir para investigar la representación que se posee sobre el riesgo, informándonos de que la representación social que se tenga sobre el riesgo (no sólo sobre las expectativas del consumo, como se ha comentado en un párrafo anterior) va a actuar a modo de predictor (Basabe y Páez, 1992; Zupiria et al., 1999).

Algunas de las investigaciones van encaminadas a buscar cuáles son los distintos factores que van a influir en el inicio de la conducta adictiva (más allá de la percepción del riesgo); y acaban proponiendo que sería necesario incidir sobre el conjunto de creencias como modo de actuar sobre la prevención (Castellana y Lladó, 1999; Castro y Godoy, 1999; Molina del Peral y Caballero-Reales, 1999). Esto es, están aludiendo a la representación social, en cuanto a conjunto de creencias, como elemento clave a tratar en las propuestas de prevención.

Por otro lado, viendo las investigaciones que en estos momentos se están llevando a cabo, se observa un interés creciente por la representación social de las drogas de síntesis, especialmente sobre el éxtasis, tal vez motivado por tratarse de una sustancia de moda (Calafat y otros, 1998). No obstante, todavía no han llegado a resultados concluyentes, probablemente dada su inmediatez. En lo que sí que se posee más información es en la representación social del alcohol (Basabe y Páez, 1992; Bejarano et al., 1999; Zupiria et al., 1999), como por ejemplo la creencia ampliamente compartida de que el alcohol facilita las relaciones sociales, creencia que siempre va unida a la consideración de la habilidad de poseer variadas relaciones sociales como un valor imperante en nuestra sociedad. En estos estudios vemos como entre los jóvenes se reconoce el lado negativo del abuso del alcohol, pues se ha demostrado que poseen datos acerca de sus efectos nocivos, pero se manejan con un mensaje ambivalente y justificativo al respecto. Se aprecia cómo el consumo es alentado culturalmente, pues las personas asimilan junto con la conducta de consumo las formas de explicación y argumentación. Luego, son pautas que

se naturalizan como actuaciones cotidianas y se acaban asimilando como normales dentro del registro de conductas sociales (Páez et al., 1992; Romani, 2001).

Tanto la afirmación anterior, como el resto de conclusiones a las que llegan las investigaciones revisadas nos dejan ver la asociación entre las dos corrientes comentadas: El consumo, para los propios consumidores, se ha constituido en un "universo consensual", esto es, una realidad acordada socialmente; donde ignorar ese aspecto de acuerdo colectivo supone producir una psicología social sólo de nombre. Así como también intentan comunicarnos en sus estudios cómo en la aclaración tanto de la adicción como de las explicaciones que dan las personas ante ella, debe incluirse el estudio del proceso sobre cómo el contexto social marca en las personas determinados estilos de vida. Estudio que para nosotros no deja de ser una aproximación a la formación y desarrollo de las mismas representaciones.

No se han encontrado investigaciones que traten sobre creencias o representaciones de las denominadas "drogas duras"; en cambio sí existe extensa literatura sobre estas sustancias referida a tratamiento. Únicamente se ha encontrado un estudio que trate sobre el afrontamiento de la enfermedad en usuarios de heroína en tratamiento internado (Iraurgi y Jiménez-Lerma, 1998). Tenemos presente que el afrontamiento, pese a su innegable carácter de constructo teórico básico de la psicología social, no puede considerarse como representación de la enfermedad, sin embargo sí se sabe que influye en la misma (Nouvilas, 1998, 2000; Gallar, 2001).

Los estudios en los que se pregunta abiertamente sobre drogas incluyen: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y drogas de síntesis (en toda su variedad), y salvo excepciones, la percepción de la sociedad española ante estas sustancias se aleja de la repulsa abierta y directa. Se tiene mucha información (que nunca es demasiada) y ello provoca que se sepa que el consumo de éstas no es deseable, pero no se aprecia un rechazo directo en ningún momento y en ningún colectivo en concreto (sólo en casos aislados no relevantes).

Con relación a la metodología utilizada, en los estudios anteriores ha predominado la utilización de las técnicas cualitativas, destacando dentro de éstas la recogida de datos mediante la técnica del grupo de discusión y el análisis semántico de expresiones recogidas en entrevistas abiertas (Basabe y Páez, 1992; Molina del Peral y Caballero-Perales, 1999; Megías et al., 1999; Romani, 2001). En otros estudios se ha comenzado directamente con las técnicas cuantitativas (Álvarez y López, 1999; Zupiria et al., 1999; Bejarano et al., 1999; Castro y Godoy, 1999).

## CONCLUSIONES

---

Las conclusiones a las que hemos llegado consultando el material que, dentro de una línea psicosociológica, trataban sobre procesos sociocognitivos en general y/o representaciones sociales en particular, se dividen en dos grandes bloques.

### ***1. Modelo de consumo de drogas que se desprende de la representación social sobre la misma.***

En general, se aprecia que el modelo de consumo de drogas está muy ligado al modelo de sociedad que impera, pues las drogas forman parte de nuestra realidad cultural, una realidad presidida por cambios rápidos y profundos. Lo que no es nuevo para la Teoría de las Representaciones Sociales, ni para la Psicología Social, disciplina en la que hemos aprendido a valorar la importancia del contexto sociocultural como marco de adquisición de los estilos de vida; e, igualmente importante, como marco para interpretar esos mismos estilos.

La representación social que se tiene de la droga se asemeja a un caleidoscopio de relaciones sociales, donde los jóvenes la perciben como el común denominador de una serie de actividades eminentemente lúdicas (ir a discotecas, deportes de riesgo, salidas nocturnas, conciertos, festivales, etc.), pero que, sin embargo, no necesariamente son practicadas por todos los jóvenes, sino que, las practiquen o no, las ven asociadas al consumo de ciertas sustancias (especialmente cocaína y éxtasis). Lo que conduce a considerar que la interpretación de la representación ha de ir acompañada de la interpretación de otras actividades.

### ***3. Unión de las dos corrientes que han abordado el estudio de las representaciones sociales, debido a que nos encontramos ante un concepto marco para la psicología social.***

Aludiendo a interpretaciones en el párrafo anterior nos ayuda a explicar uno de los móviles que nos impulsa a hilvanar este trabajo: Que no es únicamente la de reconocer la necesidad de que se aprecie la unión de ambas concepciones (la europea y la americana) en el estudio de las representaciones, pues no se ha podido comprobar que se tratara de una dicotomía ni teórica ni estructural, si acaso metodológica, más bien dos maneras distintas de aproximarse a un fenómeno complejo. Complejidad

que ha provocado que cada aportación se decantara por modelos distintos de aplicación; aplicaciones cuya conexión acaba siendo evidente pese a parecer en un primer momento que se ignoran.

Ello ha podido suceder sin problemas gracias a que se trata de un concepto marco: su condición del proceso y producto al mismo tiempo, el hecho de que se relacione al mismo tiempo con tantos otros fenómenos (ideologías, cultura, teorías implícitas, imagen mental, actitudes, etc.) así como su capacidad para trasladar una teoría científica en sentido común y su papel en los medios de comunicación de masas nos obligan a reconocer su facilidad de ser aplicada en campos concretos, como la droga ahora. No obstante, dado el efervescente interés actual por los fenómenos psicosociales básicos, nos parece oportuno invitar a que se ensamblen ambas tradiciones en un mismo estudio.

Pero como se comentaba, hablando de interpretaciones, y de una de las razones que consideramos para hablar de la representación como constructo a aplicar, ambas corrientes están, además, unidas en cuanto a que es fácilmente reconocible en ellas su deuda con la tradición de las Teorías de la Atribución Social, (no olvidemos todo lo relacionado con la argumentación destinada a justificar el consumo). Y que se ensamblen por un motivo todavía más genuino: la necesidad de afrontar la cuestión de la droga de manera que tenga en cuenta todos los enfoques posibles, siempre que ello nos conduzca a comprender cómo son tratadas en diversos contextos sociales y, por tanto, qué representaciones van asociadas a cada uno.

Las conclusiones obligan a ser sensatos con nosotros mismos. No se ha podido superar ni la controversia conceptual ni las dudas metodológicas que suscita la incursión en estos temas. Tal vez porque su naturaleza teórica no se encuentra tan ampliamente debatida como se mereciera; pero nos atrevemos a afirmar que en este terreno en el que todos hemos convenido en denominar alguna vez "psicología del sentido común" nos acercamos al sistema de pensamiento del hombre de la calle de modo riguroso; sin perder rigurosidad científica por encontrarnos a veces con definiciones solapadas por otras definiciones o por el hecho de que el objeto de estudio sea el hombre de la calle y su mundo, su enfermedad o su adicción.

Consideramos que describiendo un modelo de consumo que se ha desprendido de estudios que utilizan la representación social como constructo teórico y viendo que esta utilización se puede llevar a cabo desde dos posiciones que no están enfrentadas, hemos abordado el propósito de esta revisión, en cuanto a la posibilidad de aplicación de un constructo eminentemente teórico.

## BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, J. y López, M. (1999). Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. *Revista de Psicología Social*, Vol. 14, N° 2-3: 271-296.
- Álvaro-Estramiana, J.L. (1995). «La «Teoría» de las Representaciones Sociales.» En Álvaro Estramiana: *Psicología social: perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid: Siglo XXI.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Madrid: Fundamentos.
- Bejarano, J.; San Lee, L. y Ugalde, F. (1999). Consumo de drogas y percepciones del riesgo derivado en estudiantes de universidades estatales de Costa Rica 1992-1996. *Adicciones*, Vol.11, N° : 269-278.
- Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., van de Wijngaart, G., Sureda, P. et al (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Castellana, M. y Lladó, M. (1999). Adolescencia y juventud: Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. *Revista Española de Drogodependencias*. Vol. 24, N°3: 27-33.
- Castro, S. y Godoy, A. (1999). Relación entre dimensiones atribucionales referidas al consumo de tabaco y variables cognitivas y de personalidad. *Revista Española de Drogodependencias*. Vol. 24, N° 2: 246-264.
- Durkheim, E. (1895). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Morata.
- Durkheim, E. (1912). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.
- Farr, R. M. (1986). «Las Representaciones Sociales». En Moscovici, S., (Ed.) *Psicología social (II): Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós.
- Gallar, M. (2001). «El paciente ante la enfermedad». En Gallar, M. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.

- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, N° 51: 358-374.
- Heijmans, M. y De Ridder, D. (1998). Structure and Determinants of Illness Representation in Chronic Disease. *Journal of Health Psychology*. Vol. 3, N° 4: 523-537.
- Ibáñez, T. (1991). «Representación Social. Teoría y Método». En Ibáñez, T. *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Iraurgi, I. y Jiménez-Lerma, J.M. (1998). Estrategias de afrontamiento en usuarios de droga. *Psiquis*, Vol. 18, N° 1: 6-16.
- Jodelet, D. (1985). «La representación social: fenómenos, concepto y teoría.» En Moscovici, S. (Ed.) *Psicología Social (II): Pensamiento y vida social*. Barcelona: Piados.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: PUF
- Leventhal, H.; Meyer, D. y Nerenz, D (1980). «The common sense representations of illness danger». En Rachman, S. (Ed.) *Contributions to medical psychology (Vol. II)*. Oxford: Pergamon Press.
- Leventhal, H.; Nerenz, D. Y Straus, A. (1982). «Self regulation and the mechanisms of symptom appraisal». En Mechanic, D. (Ed.). *Symptoms, illness and helping seeking*. New York: Product.
- Leventhal, H.; Diefenbach, M. y Leventhal, E. (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 16, N°2: 143-163.
- Megías, E. y otros (2000). «Las representaciones sociales sobre las drogas.» En Megías y otros, *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.
- Molina del Peral, J. A. y Caballero-Reales, S. (1999). Estereotipos hacia los fumadores. Estudio de distintas variables en una muestra de adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. Vol. 23, N° 3: 265-283.

- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemal.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representation. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18: 211-250.
- Moscovici, S. (1998). «The history and actuality of social representations.» En U. Flick (Ed.) *The Psychology of the Social*. Cambridge University Press.
- Nouvilas, E. (1998). «Procesos Sociocognitivos y Cumplimiento Terapéutico del Hipertenso». En R. Baron y D. Byrne. *Psicología Social*. Madrid: Prentice-Hall.
- Nouvilas, E. (2000). Rol percibido en la relación del profesional de la salud con el paciente y cumplimiento terapéutico. *Revista de Psicología Social*, Vol. 15, N° 1: 87-112.
- Pons, J. y Gil, M. (1998). Análisis estructural del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra adolescente. *Psiquis*, Vol. 19, N° 7: 295-303.
- Romaní, O. (2001). «La droga» como analizador de las sociedades contemporáneas. Tarragona, Congreso «Medical Anthropology at Home».
- Zupiria, X.; González Pinto, A. e Yllá, L. (1999). Cuestionario de creencias de los jóvenes sobre los efectos del alcohol. *Revista de Psiquiatría*, Vol. 26, N° 1:1-8.

*Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación titulado: "La representación de las drogodependencias", financiado por el Instituto de Investigación en Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández (referencia BSC/13/09-00).*

**Para correspondencia:**

Esther Gallego Baeza.

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan

---

*FORO  
POLÍTICO*

---



---

## LA CUESTION DE LA “DROGA”

### “DUÉRMETE NIÑO QUE VIENE EL COCO”

---

**José Luis López Hernández**

*Director General de Planificación y Atención Socio-Sanitaria  
Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha*

Siempre me llamó la atención, porqué cuando éramos pequeños, nuestras madres, recurrían al miedo para que hiciéramos lo que era, aunque no lo percibiéramos, tan beneficioso para nosotros, dormir. También para ellas lo era, pues así con nuestro sueño, ellas descansaban o podían dedicarse a hacer otras faenas que nuestra vigilia les impedía realizar. Pero ¿por qué el coco?. Era una figura que se identificaba con una especie de raptor o secuestrador que “te llevaba” no se sabía bien donde, pero que lo principal era que te privaba del calor, el cariño y la seguridad de tu hogar.

Otras veces, u otras madres, o en otros años más cercanos, para ayudarnos a entrar en ese mundo de la inconsciencia que es el dormir, nos contaban cuentos maravillosos. Lo del “coco” también era un cuento.... aunque no tan maravilloso.

Para dormir hay que estar quieto, estar en reposo. Para estar quieto o en reposo, hay que estar o muy cansado, o muy a gusto, o tener mucho miedo.

Yo prefería para dormir estar muy “a gusto”. El miedo me hacía abrir los ojos, tal vez para verlo venir y en esas circunstancias prefería irme a buscar a mi madre que me daba calor y seguridad.

A estas alturas, algún lector ya habrá concluido que lo que quiero decir es que las drogas son un cuento. Conclusión posible, pero precipitada. .

Cuando fui creciendo y me hice joven le perdí el miedo al coco porque, entre otras cosas, descubrí que era un cuento. Pero mi cuerpo y mi cerebro joven que estaban en plena expansión, chocaron de nuevo, casi sin

darme cuenta con otros “cocos”. Ahora, se llamaban “pecado” y “comunismo”. También buscaban que me durmiera, pero ya no por mi bien, sino para que el dictador o los dictadores (ya no se trataba de mi madre) se pudieran dedicar a otras tareas que mi vigilia les impediría realizar. Pero en su regazo yo no me encontraba “a gusto” para dormir, y pronto descubrí que eran otros cuentos, cuentos que carecían del calor de una madre y que, además, mantendrían mis ojos abiertos toda la vida para verlos venir.

Me hice mayor, adulto, había desaparecido mi madre (lo sentí mucho), también habían desaparecido los dictadores (me alegré). Éramos libres de cuentos.

Cuando pensaba que ya podía ser feliz y dormir tranquilo llegaron “el paro, el terrorismo y la droga”. Y pensé que eran nuevos cuentos para dormir a la gente. Lo conseguían, tan eficazmente, que algunos no despertaban jamás y morían.

Nunca tuve miedo de los cuentos hasta ahora. Había una razón. Parecían cuentos, pero no lo eran.

Es verdad, que en ocasiones, algunos los han utilizado como si fueran cuentos y tantas veces, que están perdiendo su capacidad de asustarnos. Por eso he querido escribir este artículo. No para que se tenga miedo a las drogas, o al paro, o al terrorismo, si no para decir que no son un cuento. Que esta vez es verdad y que por ser verdad no hay que dormirse, todo lo contrario, hay que estar despiertos, y más que nunca.

Pero nuestro tema son las drogas y por eso nos centramos en ellas.

Cuando se singulariza, “la droga”, estamos creando una especie de personaje identificable y unívoco. Este es el primer error. La variedad de sustancias que son capaces de crear dependencia y hacerlo de muy distintas maneras, con consecuencias y daños muy diferentemente valorables, es tal, que la ciudadanía que, nos guste o no, experimenta con las diferentes sustancias, no percibe credibilidad en el mensaje, llevándole a la conclusión de que todo él, (el mensaje), es un cuento.

Por otra parte, la palabra “droga” y el concepto a que hace referencia se ha demonizado hasta el extremo, que no permite fácilmente objetivar la realidad. La “droga” es “mala” y por ser mala es “ilegal”, de manera que, lo que no es ilegal no es malo y si nos es malo no produce daño. Esto nos lleva a identificar sustancias tóxicas como beneficiosas por ser legales. Solo su abuso, achacable a la conducta individual desviada, puede ser perjudicial, mientras que otras sustancias, por ser ilegales, su solo uso, aunque sea moderado, es perverso.

Esta demonización de unas sustancias frente a otras también contribuye a que el discurso sobre las drogas parezca un cuento.

Si hacemos referencia al alcohol podemos ver como los fabricantes se oponen a que se le incluya como una droga más y es posible que no les falte razón, puesto que si lo es, necesariamente, es dañino y por la misma razón que se esgrime en referencia a otras sustancias (si es que no hubiera otras razones), habría que ilegalizarlo.

Actualmente, cuando estamos tomando conciencia de que el alcohol es también una sustancia tóxica, se está produciendo un fenómeno, cuando menos, curioso, pero preocupante. La mayoría de los ciudadanos, que poseen comportamientos moderados, se están retirando de su consumo. Mientras que sectores, que por su edad (menos dada a la moderación), o por el contexto del momento como es el de "fiesta" (más cercano al exceso), están incrementando o concentrando su consumo con la consiguiente alarma social.

Cuando ciertos discursos se asemejan a los cuentos, a algunos ciudadanos se les consigue dormir, pero siempre hay un número indeterminado, no desdeñable, que con razón o sin ella, se revelan y llegan a incomodar al resto.

No quiero que se me entienda, que lo que ocurre, se explica todo por la confusión o la falta de objetividad en el "discurso sobre la droga", pero, si creo que puede estar teniendo una influencia bastante importante.

Vuelvo al principio, reafirmando que ante "la droga", mejor, ante las drogas hay que estar despiertos, y esto significa, percibir la realidad objetivamente, dimensionándola sin exageraciones ideológicas, no utilizar esta realidad para intereses políticos o religiosos o económicos, o geo-estratégicos, que son los que más peligrosamente hace que parezca un cuento.

Los cuentos se abordan de una forma. La realidad de otra.

Los miedos que producen los cuentos se abordan tapándose uno con las mantas "hasta la cabeza". Los miedos que producen las realidades se abordan sin cuentos o no desaparecen y la realidad empeora. De esto podemos decir bastantes cosas en España. Especialmente si nos referimos a la expansión de algunas enfermedades.

Como tantas veces, la fatalidad que acompaña a ciertos hechos, puede ocultar la carencia de respuesta adecuadas a los mismos.

Estar despierto significa no tener más miedo a las soluciones que al problema en sí (por ejemplo, los programas, todos ellos, de reducción del daño). Investigar, experimentar y enseñar es señal de libertad. Debatir y legislar también lo es.

En esta cuestión, como en otras, las políticas conservadoras (más propias de la derecha, aunque también hoy pueden serlo de la izquierda) no nos ayudan a despertar. También en esto, como diría Ortega, hay que diferenciar entre ideas y creencias

Os he escrito de mi niñez, de cuando era joven, de ahora que soy adulto. Espero que mañana, cuando sea un anciano, pueda “dormir”, como cuando lo hacía en el regazo de mi madre, “a gusto” (es decir en PAZ).

---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

**PREVENIR EL SIDA. GUÍA PARA PADRES Y EDUCADORES**

AUTORES:

**José Pedro Espada Sánchez  
María José Quiles Sebastián**

EDITA:

**Pirámide. Madrid, 2002**

238 páginas.

El libro de los profesores José Pedro Espada y María José Quiles, que vamos a comentar, forma parte de la Sección Tratamiento de la Colección Ojos Solares que dirige el Dr. Francisco Xavier Méndez Carrillo en la Editorial Pirámide.

El contenido de la obra lo podemos considerar en tres apartados. El primero, integrado por los tres capítulos iniciales y el quinto, esta orientado a facilitar los contenidos informativos sobre los principales aspectos de la infección VIH, así como las características de las intervenciones con niños y adolescentes y el sida pediátrico. El segundo, que se concreta en el capítulo cuarto, presenta las diferentes estrategias de intervención que se pueden desarrollar desde la familia y la escuela, y, finalmente, el tercero, donde en el capítulo sexto se propone un programa de intervención que incluye las actividades a desarrollar en el contexto escolar.

El capítulo primero, "La realidad del sida", nos facilita información sobre la infección, la enfermedad, las vías de transmisión, datos de incidencia y prevalencia y referencias a los tratamientos médicos y psicológicos.

"La prevención del sida" es el título del capítulo segundo, en el que, como su nombre indica, se habla de las distintas medidas preventivas

que se pueden utilizar para prevenir la infección en función de las diferentes formas de transmisión sobre las que se pretende incidir, haciendo referencia tanto a las actuaciones preventivas desde la escuela como a las campañas institucionales de prevención y la eficacia de las mismas.

En el capítulo tercero, "Adolescentes, sexualidad y sida", se facilita información sobre el comportamiento sexual de la adolescencia y se revisan distintos modelos para la adquisición de las conductas de protección ante la enfermedad (sociocognitivo, de creencias de salud, de la acción razonada, transteórico del cambio, etc.), analizando también las variables que se relacionan con las conductas no orientadas hacia la protección, a nivel cognitivo y comportamental fundamentalmente.

El capítulo cuarto se centra en el desarrollo de los pasos que hay que considerar a la hora de elaborar un programa de prevención en el ámbito escolar. Bajo el título de "Prevenir el sida en la escuela: elaboración de un programa", se describen de forma pormenorizada los diferentes momentos que se deben suceder en la elaboración de un programa de prevención, incluyendo también las distintas fases de aplicación del mismo y la evaluación posterior.

El capítulo quinto, "Prevención terciaria en el sida infantil", como ya se ha avanzado, analiza desde un punto de vista informativo, la problemática del sida pediátrico, incluyéndose tratamientos, repercusiones psicológicas y atención a la familia.

Finalmente el capítulo sexto, "Actividades de prevención del sida en la escuela: fichas de trabajo", desarrolla y especifica las distintas actuaciones a incluir tanto en la fase explicativa como en la fase de adquisición de habilidades de un programa de prevención en la escuela.

El libro incluye también un apartado sobre lecturas recomendadas sobre el tema con breves descripciones del contenido de las mismas, que resulta muy adecuado para facilitar la profundización del lector en los temas.

La obra incluye también un CD-ROM interactivo donde se presentan tres cuestionarios sobre conocimientos generales, conocimientos de las vías de transmisión y actitudes respectivamente, que pueden ser utilizados tanto para ser autoaplicados por el lector y valorar la mejora de sus conocimientos antes y después de la lectura del libro como para ser administrados a grupos de adolescentes y evaluar las intervenciones.

El CD-ROM incluye también una serie de enlaces de internet relativos a instituciones, grupos de investigación, empresas, organizaciones no gubernamentales, fundaciones y casas de acogida.

A lo largo de la obra se presenta un abundante número de tablas y cuadros, lo que conjuntamente con un estilo claro y ameno, facilita la lectura y comprensión de los contenidos.

En definitiva, el libro pone en nuestras manos un material que se hace imprescindible para todos aquellos que desde diversas ópticas se aproximan a la ardua tarea de la prevención del sida en niños y adolescentes.

**Carlos J. van-der Hofstadt Román.**

*Consellería de Sanidad.*

*Universidad Miguel Hernández.*



---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

**FUNDAMENTOS BÁSICOS SOBRE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS .**

AUTORES:

**Carmen López Sánchez  
José Antonio García Rodríguez  
M<sup>a</sup> Carmen Jover Celdrán  
Carlos Sánchez Gutiérrez.**

EDITA:

**Instituto de Investigación de Drogodependencias.  
Universidad Miguel Hernández.**

217 páginas

La información es uno de los pilares de la prevención, con este doble objetivo. Informar y prevenir, se ha elaborado este manual acerca de las diferentes drogas tanto legales como ilegales, de uso más frecuente en nuestro País.

Es este un manual de fácil lectura, dirigido a aquellas personas que empiezan su andadura profesional en el mundo de las drogodependencias, con la intención de dar una información necesaria, básica y estructurada acerca de las drogas de uso más frecuente.

Partiendo de la clasificación tradicional de las drogas, depresoras, estimulantes y perturbadoras, los autores hacen un exhaustivo repaso a todos los aspectos concernientes a cada una de las sustancias. Desde la trayectoria histórica en el uso de cada una, hasta la incidencia de su consumo en nuestra comunidad, pasando por el origen de la droga, su forma de utilización más habitual o los efectos que presenta en el consumidor.

Para facilitar el uso práctico del manual los autores han incluido unas fichas anexas en las cuales el lector puede fácilmente conocer las características de cada sustancia.

**Cordelia Estévez**  
*Universidad Miguel Hernández*

---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

**MANUAL DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL**

COORDINADORES:

**José Antonio García Rodríguez**  
**Carmen López Sánchez**

EDITA:

**Editorial EDAF**

635 páginas

Con la intención de aportar nueva información a un antiguo problema como es el relacionado con el abuso de alcohol, los coordinadores han construido este manual recogiendo una actual revisión acerca de las cuestiones básicas y aplicadas que giran en torno a la investigación en alcoholismo, tanto en prevención, como en intervención o reinserción.

Entre otros, autores como Juan Vicente Beneit ( Instituto Universitario de drogodependencias de la Universidad Complutense de Madrid), Julio Bobes ( Área de psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo), José Crespo Benítez (Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz), Antoni Gual i Solé (Unitat de Alcoholología de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínic de Barcelona) Bartolomé Pérez Gálvez (Dirección General de Drogodependencias. Consellería de Bienestar Social. Generalitat Valenciana), conforman el elenco de autores que desde su experiencia clínica e investigadora aportan a lo largo de cada capítulo valiosa información acerca de los problemas relacionados con el alcohol.

En el manual encontramos, entre otros, temas acerca de prevención primaria y secundaria desde la atención primaria, en los que nos señalan

las diferentes estrategias que desde este nivel de atención sanitaria se pueden utilizar.

Nos describen también, los diferentes aspectos psicopatológicos de los trastornos por uso de alcohol, desde los criterios diagnósticos hasta las estrategias de tratamiento, pasando por la patología dual y la comorbilidad psiquiátrica asociada este trastorno.

En este libro se tocan temas tan actuales como la adhesión a los tratamientos del síndrome de dependencia alcohólica, las estrategias de reducción de daños en pacientes alcohólicos, o la predisposición genética del alcoholismo.

Es este un completo manual para todos aquellos profesionales interesados por los problemas relacionados con el alcohol, donde encontraran respuestas y orientación para su labor diaria.

**Cordelia Estévez**

*Universidad Miguel Hernández*

## NORMAS ACEPTACIÓN 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. Contenido de los artículos. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes valorando la calidad técnica y científica de los artículos realizarán la correspondiente selección.
3. Solo se publicaran artículos inéditos no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en Español, Inglés y Francés.
4. Normas de presentación:
  - Los artículos se remitirán a la Redacción de la Revista "Salud y Drogas", Instituto de Investigación en Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina. Campus de San Juan. Ctra. de Valencia, s/n. 03550 San Juan (Alicante)
  - Se enviarán tres copias escritas y disco informático ( Microsoft Word y Word Perfect para Windows). Las copias estarán mecanografiadas en papel tamaño DIN-A4 y a doble espacio por una sola cara.
  - La extensión se ajustará a un mínimo de 10-12 páginas y un máximo de 25.
  - Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen. 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.
  - La preparación de los manuscritos ha de ceñirse a las normas de publicación internacional APA (American Psychological Association).
  - Las tablas y figuras deberán presentarse en hoja aparte numerándose correlativamente e indicando el lugar de colocación en el artículo.

5. Deberán acompañarse en folio aparte datos personales de autor/es nombre y apellidos, D.N.I., dirección, teléfono de contacto, indicando claramente el artículo.

6. 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 hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

7. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista Salud y Drogas no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política de la Revista.

REVISTA SALUD Y DROGAS

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Depósito legal: MU-1305-2001

Foto de portada por cortesía de la Dra. C. De Felipe  
(Instituto de Neurociencias, UMH).



# Boletín de Suscripción



Dirección de envío:

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Pta. \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Datos Profesionales \_\_\_\_\_

Titulación Académica \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Actividades profesionales privadas \_\_\_\_\_

Suscríbame a la REVISTA SALUD Y DROGAS \_\_\_\_\_

*\* Suscripción gratuita*



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







