

LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS ESPECIALMENTE VULNERABLES Y LOS DERECHOS HUMANOS: PERSONAS USUARIAS CON PATOLOGÍA DUAL Y MUJERES USUARIAS DE DROGAS

Xabier ARANA

*Licenciado en Derecho
Master en Criminología
Universidad del País Vasco*

Isabel GERMÁN

*Licenciada en Derecho
Master en Criminología
Universidad del País Vasco*

Resumen: A algunos usuarios de drogas, por la marginación y exclusión social que padecen, les son negados derechos individuales y sociales reconocidos para todas las personas y ciudadanos, encontrándose en una verdadera situación de indefensión. Dentro de este colectivo se observan grupos de personas que presentan una especial situación de vulnerabilidad. Así, se profundiza en la especial problemática de dos grupos concretos de usuarios de drogas: los que padecen una patología dual y las mujeres.

Palabras Clave: Drogas, Usuarios de drogas, derechos humanos, mujeres usuarias de drogas, patología dual, marginación.

Laburpena: Zenbait droga erabiltzaileei, marginazio eta gizarte bazterketa medio, gizabanako guztientzat onartuta dauden banakako eta gizarte eskubideak ukatzen zaizkie, era honetan defentsa gabezia egoera sortaraziz. Kolektibo honen barruan egoera kaltebera berezia duten pertsona taldeak ikus ditzakegu. Droga erabiltzaileen bi talde zehatzen problematika berezian sakontzen da; patologia duala dutenak eta emakumeak.

Gako Hitzak: Drogak, droga erabiltzaileak, giza eskubideak, emakume droga erabiltzaileak, patologia duala, bazterkeria.

Summary: Individual and social rights –recognized to everyone and, particularly, to all the citizens– are refused to some drug users due to their marginalisation and their social exclusion that place them in a situation of non-defence. Inside this collective some groups of persons present a situation of particular vulnerability. The case of two particular groups of drug users is studied: users with a dual pathology and women users.

Key words: Drugs, drug users, human rights, women drug users, dual pathology, marginalisation.

Résumé: Quelques consommateurs de drogues, par la marginalisation et l'exclusion sociale qu'ils souffrent, ne peuvent pas profiter des droits individuels et sociaux reconnus pour toutes les personnes et citoyens, et ils se trouvent dans une véritable situation de desprotection. Dans cet ensemble on observe des groupes de personnes qui présentent une spéciale situation de vulnérabilité. Ainsi, on approfondi dans la problématique de deux groupes concrets de consommateurs de drogues: ceux qui souffrent une pathologie double et les femmes.

Mots clef: Drogues, consommateurs de drogues, droits de l'homme, femmes consommatrices de drogues, pathologie double, marginalisation.

SUMARIO:

- I. La situación de los usuarios de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos
- II. Comorbilidad o Patología Dual
 1. Conceptualización y etiología
 2. Comorbilidad y prisión
- III. Mujeres usuarias de drogas
 1. Los estudios sobre mujeres usuarias de drogas
 2. La perspectiva de género
 3. El consumo de drogas entre las mujeres
 - 3.1. Causas y motivaciones del consumo de drogas por parte de las mujeres
 - 3.2. Tipos de drogas consumidas por las mujeres
 - 3.3. Consecuencias del consumo por mujeres de las diferentes sustancias
 - 3.4. Nuevas tendencias en el consumo de drogas
 4. Especial situación de vulnerabilidad y marginación de la mujer usuaria de drogas
 - 4.1. El “doble rechazo”: ser mujer y usuaria de drogas
 5. Percepción de la mujer usuaria de drogas. Autopercepción
 6. La prostitución de la mujer usuaria de drogas
 7. Maternidad e hijos de las mujeres usuarias de drogas
 - 7.1. La custodia de los hijos de las mujeres con consumos problemáticos
 8. El maltrato en el caso de las mujeres usuarias de drogas
 9. Mujeres y Patología dual (comorbilidad)
 10. Codependencia y bidependencia en el colectivo femenino
 11. Problemas para el tratamiento de la adicción de las mujeres
 - 11.1. La subrepresentación de las mujeres en el tratamiento
 - 11.2. El acceso al tratamiento de la mujer usuaria de drogas
 - 11.3. Tratamiento y maternidad
 - 11.4. Otros problemas asociados al tratamiento de la adicción femenina
 12. Las mujeres usuarias de drogas y los derechos humanos
 13. Consecuencias jurídico penales de los problemas asociados al consumo problemático de drogas por parte de las mujeres
 14. Propuestas para abordar el fenómeno social de las drogas en el colectivo femenino
- IV. Conclusiones
- V. Bibliografía

PARTE I**LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS ESPECIALMENTE VULNERABLES Y LOS DERECHOS HUMANOS**

La presente investigación nace como la necesidad de dar continuidad al estudio realizado durante el año 2003 sobre “*Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’*”. *Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas*”, y en el que se denunciaba la situación de exclusión social y vulnerabilidad que sufren ciertos colectivos, que no deja lugar al reconocimiento de sus derechos que les corresponden como ciudadanos.

En el estudio que ahora presentamos se retoma la idea de profundizar en la especial vulnerabilidad de grupos concretos como es el caso de los usuarios que presentan una patología dual y las mujeres consumidoras de drogas, para una vez adentrados en

su situación se busquen alternativas de superación a través del reconocimiento de su dignidad humana.

A algunos usuarios de drogas, por la marginación y exclusión social que padecen, les son negados derechos individuales y sociales reconocidos para todas las personas y ciudadanos, encontrándose en una verdadera situación de indefensión. Dentro de este colectivo se observan grupos de personas que presentan una especial situación de vulnerabilidad. Es el caso de determinados sectores de mujeres y de los usuarios de drogas con patología mental severa, y con un fuerte deterioro físico y psíquico.

Cada uno de los grupos mencionados muestra sus especificidades, que condicionan una particular desprotección con diversas manifestaciones. A pesar de tratarse de grupos bien diferenciados, tienen en común no sólo el hecho de ser más propensos a ver vulnerados sus derechos, sino que una vez que éstos derechos han sido lesionados, su defensa se hace más difícil lo que agrava su inicial situación de marginación.

En cuanto a los usuarios de drogas con patología dual, hay que señalar que nos encontramos con un significativo porcentaje de consumidores que presentan además alguna patología psiquiátrica. En este sentido, Ortíz explica que la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el abuso o dependencia a drogas no es un problema nuevo y, sin embargo, en los últimos años está cobrando cada vez más importancia e incluso, se ha aceptado el término diagnóstico dual o trastorno dual para referirnos a este tipo de pacientes (Ortíz, 1998).

La patología dual es un problema cada vez mayor, es una realidad que los trastornos psiquiátricos y las conductas adictivas están estrechamente unidas. Existen usuarios de drogas con problemas psiquiátricos, y muchos de los pacientes psiquiátricos tienen problemas de abuso de drogas (Rubio, 2000-a). En diversos estudios se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre dependencia a sustancias y enfermedades, en opinión de Minoletti (2000), el sufrir cualquiera de estos dos problemas se asocia con un mayor riesgo de llegar a tener el otro. Este mismo autor considera que una de las características de la Patología Dual es el peor pronóstico que tiene en comparación a cada uno de sus componentes por separado, tanto por la peor respuesta a las distintas formas de tratamiento como por el mayor número de complicaciones físicas, psicológicas y sociales asociadas.

Frente a esta situación, donde la patología dual está adquiriendo mayor relevancia en nuestro entorno, la inversión en recursos asistenciales continúa resultando muy inferior a la que se precisa, y muchas veces los esfuerzos van encaminados, más bien a aislar socialmente a esa población (AA.VV., 1998); en muchos lugares existe una separación insalvable entre la red de atención a drogodependientes y la red de salud mental y la patología dual se nos escapa entre ambas y sin remedio.

Como explica Rego (2002), se trata de pacientes especialmente difíciles de tratar y que, generalmente, se encuentran desatendidos, porque su perfil es muy complejo y no encaja en la infraestructura de centros de salud mental ni en los de drogodependencias.

La realidad con la que se enfrenta el clínico que trata a pacientes con abuso de sustancias es, por un lado, con una serie de síntomas que generan gran alarma en el propio paciente, en sus familias y en el equipo terapéutico; y de otro, las dificultades diagnósticas y de manejo clínico, es decir, de un tratamiento eficaz para paliar dichos síntomas (Rubio, 2000-b). Hay que tener en cuenta, como indica Ortíz (1998), que

son pacientes donde los problemas clínicos, diagnósticos y de abordaje terapéutico se multiplican y ante los que nos sentimos muchas veces impotentes en la actividad asistencial cotidiana.

En el caso de los usuarios con patología dual, la carencia de recursos asistenciales específicos conlleva que sean rechazados tanto en los dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias como en los centros de asistencia psiquiátrica, conformándose como una población más vulnerable y en una especial situación de desprotección.

En el caso de las mujeres, su especial situación de vulnerabilidad se aprecia por el hecho de encontrarse en desventaja frente al hombre, particularmente en lo relativo a los recursos económicos y al poder (Francia, 1998: 53). Así, las mujeres presentan un nivel menor de alfabetización y acceso a la educación, más pobreza y desempleo, menos ingresos y oportunidades económicas, encontrando en general peor ambiente legal, menos respuestas políticas eficaces y menor protección de sus derechos humanos (Médicos del Mundo, 2001: 12).

Las mujeres se estructuran en la sociedad mediante relaciones de poder. En la mujer, predomina el temor al abandono, el desafecto y, en última instancia, la búsqueda de aprobación por parte del hombre (Olmo, 1998: 15).

La precariedad y las dificultades de acceso a los servicios son evidentes para determinados drogodependientes, acentuándose esta situación especialmente en el caso de las mujeres. La sociedad percibe el consumo de algunas drogas como una conducta más condenable en el caso de las mujeres que en los hombres por considerarse más lejos de su papel.

Y es que a la mujer se le asigna un papel dependiente del hombre y se le relaciona más con la privacidad. La mujer suele encargarse de la búsqueda de dinero para conseguir la sustancia para ella y su pareja, normalmente a través de la prostitución, lo que aumenta su estigmatización y marginalidad, disminuyendo al mismo tiempo su autoestima (Médicos del Mundo, 2001: 13).

Una gran parte de las mujeres usuarias de algunas drogas comienzan en el consumo alentadas por sus parejas. Entre los delitos cometidos por mujeres, los relacionados con las drogas, sobre todo los delitos cometidos para financiar su drogodependencia (posesión, tráfico, etc...) ocupan un lugar muy importante, la mayoría de las internas se encuentran recluidas por este tipo de delitos (Azaola, 1998: 37; Francia, 1998: 52). Gran número de ellas son arrastradas al delito por vínculos afectivos y relaciones de dependencia (Olmo, 1998: 16).

Dentro de las parejas de usuarios de drogas pueden darse problemas, al igual que en algunas parejas no formadas por usuarios de drogas, como el aislamiento, la violencia doméstica, embarazos no deseados, explotación sexual, etc. A lo que se une en muchos casos la situación de pobreza, falta de recursos, vivienda precaria y repudio familiar (Médicos del Mundo, 2001: 12). La solución a algunos de estos problemas es de más difícil respuesta que en las parejas no usuarias.

A la vista de las cuestiones antes mencionadas, el objetivo principal de este estudio consiste en profundizar en la especial situación de marginación, exclusión e indefensión de estos usuarios de drogas especialmente vulnerables, y avanzar en la superación de esta situación a través del reconocimiento de sus derechos fundamentales, su protección y defensa.

Para alcanzar este objetivo general, se va a dar respuesta a los siguientes objetivos concretos:

1. Estudiar la situación de los usuarios de drogas con patología mental severa, analizando las repercusiones de sus especiales condiciones de indefensión, no sólo conforme a la población en general, sino también frente a los demás usuarios de drogas.
2. Conocer, desde una perspectiva de género, la especificidad de la mujer usuaria de drogas. La precariedad y las dificultades de acceso a los servicios que son evidentes para los drogodependientes, se acentúa especialmente en el caso de las mujeres.
3. Examinar las posibilidades de superación de esta situación a través del reconocimiento, protección y defensa de los derechos fundamentales de estos colectivos.

Se realizará un estudio de carácter descriptivo, explicativo, para responder a los objetivos indicados, a través de la obtención de fuentes de documentación y ordenación de datos por medio del análisis bibliográfico de libros, revistas, artículos, con especial atención al conocimiento y estudio de la legislación al respecto, para obtener una completa información sobre el tema. Asimismo, se pondrá especial atención en el estudio de las estadísticas disponibles respecto de estos colectivos.

PARTE II

COMORBILIDAD O PATOLOGÍA DUAL

El fenómeno de la comorbilidad es una realidad que va en aumento en los últimos años y que cada vez ocupa y preocupa a más instituciones y asociaciones con competencia en la materia. Así, Gabriel Inclán, consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, en la presentación del Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008, ante la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, el día 29 de septiembre de 2004, dentro del objetivo estratégico IV –el desarrollo y potenciación del Modelo Comunitario–, señalaba: *“Deberemos desarrollar vías de abordaje ante las nuevas formas de presentación de la patología psiquiátrica y, en especial, aquéllas relacionadas con el consumo de tóxicos, por su interferencia sobre otros procesos. Deberemos analizar el alcance real de nuestras intervenciones sobre el control de estos cuadros y continuar avanzando en la línea de lo que la comunidad científica vaya desarrollando como métodos de tratamiento. Igualmente, deberemos valorar la adaptación de las estructuras existentes en la Red a las nuevas formas de presentación del trastorno, compartiendo experiencias y protocolos entre diferentes organizaciones”*. De igual modo, el V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi (2004-2008), entre los colectivos de intervención prioritarios, señala a las personas consumidoras con usos problemáticos, a los colectivos vulnerables¹ y a las personas con

1. El propio Plan concreta quienes conforman el *colectivos vulnerables*: *“individuos que por sus características personales (alteraciones de orden psíquico o físico), familiares (familias desestructuradas, con antecedentes de trastornos adictivos, maltrato, etc.), sociales (en situación de precariedad económica, educativa, etc.) o ambientales (viven o concurren en espacios deprimidos o de alta conflictividad) presentan una alta probabilidad de incurrir en consumos problemáticos de drogas u otras situaciones de riesgo”* (V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi [2004-2008], 2004, 59).

actividades delictivas. Entre estos colectivos, una parte significativa está incluida entre las personas diagnosticadas de patología dual.

La coexistencia de consumos problemáticos de drogas con enfermedades mentales no es un fenómeno nuevo. Los profesionales que llevan trabajando más de veinte años en materia relacionada con las drogodependencias, reconocen que no nos encontramos ante un fenómeno nuevo, que este tipo de situaciones ya se daban hace años y que, en muchos drogodependientes, la dualidad es la norma y no la excepción. Quizá, hace dos décadas, la enfermedad mental unida al consumo de drogas era bastante reducida, en la actualidad, es bastante frecuente. Algunos expertos reconocen en la actualidad que quizás habría que hablar de patología dual o multimorbilidad porque a los diagnósticos expuestos anteriormente (consumos problemáticos de drogas y enfermedad mental), algunos de estos usuarios también están infectados con el virus de inmunodeficiencia humana o el virus de la hepatitis C, todo ello, sin contar otras cuestiones como problemáticas familiares, situación de paro laboral, no disponibilidad de vivienda o procesos de encarcelamiento.

La mayoría de las personas diagnosticadas con morbilidad prefieren ser considerados drogodependientes que enfermos mentales, en palabras de G. Roldán (1999), *“mejor toxicómanos que locos”*. Este autor reconoce que tiene más beneficios para la persona usuaria ser considerada drogodependiente que enfermo mental. Por un lado, la fantasía de “yo controlo”, “yo puedo dejar de consumir”, “los síntomas se deben a la droga”, de alguna manera supone no afrontar las limitaciones de una enfermedad psíquica. Por otro lado, entre las personas jóvenes, tiene mejor prensa consumir drogas que tener una enfermedad mental. Finalmente, en el Estado español, los servicios de atención a las personas drogodependientes han tenido un fuerte desarrollo y tienen más medios y recursos que los destinados a salud mental. Una parte significativa de los familiares prefieren etiquetarlo de drogodependiente “no está enfermo, es vicio”, aunque entre los familiares de drogodependientes algo más de la tercera parte presentan algún tipo de enfermedad mental (Comas, García y Rondán 1996).

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y ETIOLOGÍA

La terminología empleada es muy diversa: patología dual, trastorno dual, diagnóstico dual, enfermo mental consumidor de drogas, drogodependiente con enfermedad mental, paciente con comorbilidad. Feintein (1970), definió la comorbilidad como *“cualquier entidad clínica adicional y distinta que ha existido o pueda existir durante el curso clínico de un paciente que sufre la enfermedad bajo estudio”*. Stowell (1991) ha definido el diagnóstico o trastorno dual como la *“coexistencia de un trastorno psiquiátrico y otro por uso de sustancias”*. Posteriormente, en 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la comorbilidad como *“la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico”*. De alguna manera, nos referimos a la coexistencia de dos trastornos independientes que, en los supuestos que nos ocupan, están interactivos y pueden producir trastornos diversos como empeorar o atenuar los síntomas psiquiátricos o viceversa. A juicio de la OEDT (Informe 2004) las investigaciones actuales sobre las relaciones causales entre estos dos fenómenos no son concluyentes.

Las principales formas de asociaciones entre ambos diagnósticos son (Santo-Domingo 2003):

- Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer de forma secundaria al trastorno por uso de sustancias. El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas puede propiciar la aparición de síntomas asociados con prácticamente cualquier trastorno psiquiátrico, que podrá remitir o persistir después de la abstinencia. También puede darse el caso de que el trastorno por uso de sustancias precipite una recaída o el empeoramiento de los síntomas del trastorno psiquiátrico asociado. Por lo general, el tipo, la duración y la gravedad de estos síntomas se asocian con el tipo, la dosis y la cronicidad del consumo de sustancias.
- La abstinencia del alcohol u otras drogas puede precipitar la aparición de síntomas psiquiátricos o incluso asemejar múltiples trastornos psiquiátricos.
- Los trastornos psicopatológicos pueden propiciar el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias. En este caso los sujetos utilizarían las drogas para aliviar determinados síntomas psiquiátricos, como una forma de automedicación, o para evitar los efectos secundarios de medicaciones. A su vez, el consumo de sustancias puede modificar o ensombrecer el carácter de los síntomas psiquiátricos.
- Los trastornos psiquiátricos y el trastorno por uso de sustancias pueden coexistir como fenómenos totalmente independientes. En este caso, determinar si ambos trastornos están relacionados puede ser difícil o incluso de poca relevancia, particularmente en los casos de larga evolución.
- Se ha planteado la posibilidad de que la patología dual se haya desencadenado por la existencia de un factor común de vulnerabilidad, ya sea genético, ambiental o de otro tipo.

Krausz (1996) ha propuesto cuatro categorías de diagnóstico dual:

- Un diagnóstico primario de un trastorno mental, con un diagnóstico (dual) posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.
- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y de trastornos psiquiátricos.
- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo un trastorno de estrés postraumático.

Morel (1999) distingue los trastornos psiquiátricos no específicos observados entre los consumidores de drogas de las complicaciones específicamente relacionadas con el consumo de drogas. Los trastornos observados con frecuencia entre los consumidores de drogas comprenden:

- Ansiedad y trastornos depresivos.
- Trastornos del sueño, resultado de la depresión, y trastornos de ansiedad o psicosis.

- Comportamiento agresivo y violento que indica trastornos de personalidad antisociales, psicopáticos, esquizofrénicos o paranoides.

Entre los problemas específicamente relacionados con el consumo de drogas se incluye:

- Farmacopsicosis inducidas por drogas alucinógenas o anfetaminas.
- Síndrome de confusión.

Otras teorías vinculan algunas drogas concretas a trastornos mentales específicos, por ejemplo se ha dado por supuesto que la heroína² puede reducir el estrés, aliviar el dolor y hacer desaparecer las voces amenazantes en pacientes esquizofrénicos o con esquizofrenia límite (*borderline*); sin embargo, los pacientes con enfermedades mentales graves no consumen heroína. La cocaína puede aliviar los estados de depresión, favorecer la desinhibición del comportamiento y permitir a las personalidades narcisistas actuar con desmesura. El cannabis puede aliviar la tensión, y el éxtasis puede reducir las inhibiciones sociales (Vergel 2001; Berthel 2003). Según datos del estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area), estudio referente básico sobre la prevalencia de los diferentes trastornos mentales en la comunidad, indicaban que, la prevalencia de pacientes con patología psiquiátrica que presentaban comorbilidad es del 19,8%; el 55% de los pacientes alcohólicos poseen trastornos psíquicos complementarios y el 64% de los toxicómanos no alcohólicos presentan patología psíquica concomitante. De los pacientes alcohólicos, el 13,4% registraban trastornos afectivos, el 3,8% esquizofrenia, el 14,3% un trastorno de personalidad antisocial, más del 19% mostraban trastornos de ansiedad y el 36,6% presentaba otro trastorno psiquiátrico.

Diversos estudios de Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) afirman que el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad –afecta a un porcentaje de población situado entre el 50% y el 90%, seguido de un trastorno afectivo –del 20% al 60%– y de trastornos psicóticos, el 20%. Entre el 10% y el 50% de los pacientes presentaban un trastorno comórbido de carácter psiquiátrico o de la personalidad. A juicio de Fridell (1991 y 1996), pueden distinguirse tres grupos principales de trastornos: trastornos de la personalidad (del 65% al 85%), estados de depresión y ansiedad (del 30% al 50%), y psicosis (15%). Para Verheul (2001), en su sinopsis de seis estudios de drogodependientes en tratamiento, demostró la prevalencia de trastornos de la personalidad antisociales (23%), *borderline* (18%) y paranoides (10%).

Un reciente estudio realizado en la población ingresada en el Hospital Psiquiátrico de Bermeo realizado en el período 2001-2004, ha señalado estadísticamente la importancia de la comorbilidad de las personas internadas, cuantificando que una media de dos de cada tres personas ingresadas (64%) presentaba este diagnóstico, cifra muy similar a la prevalencia de la población ya ingresada (61%). Ello confirma que no se trata de una situación pasajera, sino de una realidad que se mantiene y que muy probablemente va en alza (Baraiazarra, Escobar y Omagoeaskoa 2004).

2. A Juicio de Khantzian (1999) algunos de los pacientes con trastornos derivados de la adicción a opiáceos no se automedican para tratar trastornos psiquiátricos diagnosticables, sino para aliviar estados subjetivos de malestar, falta de armonía y sufrimiento psicológico que pueden estar o no asociados con trastornos psiquiátricos.

Como puede observarse, se observan diferentes resultados –de cifras y de diagnósticos– motivados fundamentalmente por la selección de la población, los métodos de muestreo, las técnicas y la comparecencia de diagnóstico, la validez y la fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico empleados y el período de estudio (OEDT 2004).

2. COMORBILIDAD Y PRISIÓN

En las cárceles el porcentaje de personas con problemas mentales y con consumos problemáticos de drogas es muy superior al resto de la población. Esta cuestión merece por sí misma una mayor atención. A juicio de diversas instituciones internacionales, la cárcel ofrece un buen caldo de cultivo de la morbilidad en salud mental. Mientras que la OEDT (2004: 98) afirma que la estancia en la cárcel *“puede contribuir a agravar los problemas de salud mental. La situación es incluso más dramática en las prisiones para penas de larga duración y en las de alta seguridad”*, la OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población encarcelada respecto a la población en general (Mendelson 1992). Existen una serie de factores que influyen en la psicopatología de las personas que están en la cárcel:

- Los trastornos mentales pueden actuar como predisponentes para las situaciones delictivas, ya que algunas cuestiones (trastorno antisocial, trastornos límite, abuso de sustancias psicoactivas, etc) ocasionan que la persona encarcelada entre más en conflicto con los demás y con las leyes.
- El medio carcelario puede ejercer un papel adverso sobre el sujeto ya que puede ser generador de patología.
- En la cárcel son más frecuentes los trastornos adaptativos reactivos, al intentar afrontar una situación estresante como es el encarcelamiento.
- Al entrar en la cárcel, es frecuente el desencadenamiento de patología previa activada por sentimientos de frustración, de culpa, junto a la exposición a un ambiente de violencia, aislamiento afectivo, hacinamiento social y consumo de drogas.
- Los trastornos psíquicos pueden actuar como generadores de “ganancias secundarias” regimentales o judiciales, lo que puede enmascarar su evolución en prisión.

El panorama que Pato (2003: 102) presenta del centro penitenciario de Villabona (Asturias) no deja lugar a dudas: *“El trastorno mental es común entre los internos. Únicamente una cuarta parte de la población reclusa no presenta malestar psíquico (22), un alto porcentaje es usuaria de los Servicios de Salud Mental del Principado [de Asturias] 61.1% (55).*

EL 68,18% son consumidores habituales de tóxicos. Debemos tener en cuenta que estudios recientes dan a conocer que existe un 60,80% de comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, y la asociaciones más frecuente son: trastorno de personalidad, fobias (y otros trastornos de ansiedad) y depresión; por lo que nuestros resultados se encuentran dentro de dicho nivel, al ser las dos últimas patologías las más diagnosticadas en nuestro caso.

La psicosis se encuentra en una alta proporción tanto en los que tienen contacto con Salud Mental, como en los diagnósticos CIDI. En el primer caso 3/5 son consumidores de tóxicos y en el segundo 2/7, datos que deben ser analizados, con una muestra mayor, para ver la posibilidad de si existe o no una tendencia de que muchos de los psicóticos se conviertan en delinquentes al entrar en contacto con tóxicos.

La literatura sobre la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en internos identifica dos factores importantes. Primero, había un índice alto de trastorno psiquiátrico en los centros penitenciarios y segundo, que el tratamiento de los individuos con trastorno mental en dichos centros es inadecuado.

El comportamiento delictivo serio o el riesgo de un crimen violento, no está aumentando. Los delitos más frecuentes 70% (63) en este estudio son: Contra la Salud Pública y Robo con/sin lesiones: ambos relacionados estrechamente con el diagnóstico más común: el de abuso de sustancias.

Se puede concluir que el consumo de tóxicos y su comorbilidad contribuye a este comportamiento delictivo en grado considerable".

Según los datos disponibles en la Comunidad Autónoma Catalana³, única comunidad autónoma que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria, desde enero de 2001 hasta diciembre de 2002, han pasado por las prisiones catalanas alrededor de 15.000 personas diferentes, de las cuales, 327 (2,20%) fueron diagnosticadas de trastornos psicóticos, 289 (2,60%) de trastornos de personalidad y 65 (0,43%) de retardo mental. Al analizar estas tres poblaciones con drogodependencias (más de un 90% son por policonsumo) se observa que:

TRASTORNO MENTAL	DROGADICCIÓN			PATOLOGÍA DUAL	
	Sustancia	Nº	%	Nº	%
Psicosis (327)	Heroína	32	9,78%	172	52,59%
	Cocaína	52	15,90%		
	Heroína y cocaína	88	26,91%		
	Vía Intravenosa	71	21,71%		
Trastornos Personalidad (389)	Heroína	45	11,59%	313	80,46%
	Cocaína	74	19,02%		
	Heroína y cocaína	194	49,87%		
	Vía Intravenosa	162	41,64%		
Retardo Mental (65)	Heroína	4	6,15%	30	46,15%
	Cocaína	4	6,15%		
	Heroína y cocaína	22	33,85%		
	Vía Intravenosa	19	29,23%		

3. Agradecemos a Emma Osejo Diago (Responsable de Drogodependencias en las Prisiones Catalanas) y a Antonio Laliga Pascual (Cap de l'Àrea de Sanitat) el esfuerzo realizado para recopilar estos datos y ponerlos a nuestra disposición.

Algo más de la mitad de las personas con psicosis (52,59%) tenían dependencia de drogas; algo más de cuatro de cada cinco personas con trastorno de la personalidad, eran dependientes y, casi la mitad de las personas con retardo mental (46,15%), eran drogodependientes.

La comorbilidad en personas presas es causa frecuente de (WHO 2004):

- Autolesiones e intentos de suicidio, especialmente en caso de síndrome de abstinencia o en períodos de desintoxicación, principalmente en el caso de abuso de psicoestimulantes con anfetaminas o cocaína
- Conducta impredecible, crisis de agitación y de comportamientos agresivos
- Insomnio
- Sintomatología depresiva
- Sintomatología ansiosa
- Sintomatología psicótica

En los casos de comorbilidad, se produce entre las personas que están en la cárcel un mayor uso compulsivo de tóxicos que empeora la evolución del trastorno por uso de sustancias hacia una más severa politoxicomanía. Los trastornos del comportamiento son más intensos y aparecen más comportamientos autodestructivos (Ochoa 2001). Algunos autores (Iñigo et al. 1999) se preguntan si las prisiones no están reemplazando a los recursos sanitarios en los casos de enfermos mentales procedentes de grupos sociales excluidos y, por tanto, más vulnerables, cuyos procesos están peor atendidos, se descompensan más y acaban generando sintomatología relacionada con comportamientos violentos que se castigan con la prisión. El período de encarcelamiento de estas personas podría ser una oportunidad para detectar, diagnosticar y tratar trastornos mentales en una población que tradicionalmente no acude a los recursos sanitarios habituales. De esta manera se proporcionaría beneficios no sólo a las personas tratadas sino también al resto de la comunidad porque se asegura una atención continuada de estos pacientes reduciéndose el riesgo de nuevos comportamientos delictivos.

PARTE III

MUJERES USUARIAS DE DROGAS

Cuando realizamos el estudio sobre “Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’”. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas⁴, ya adelantamos la existencia de determinados colectivos que presentaban una especial situación de vulnerabilidad. Es el caso de las mujeres usuarias de drogas, que se configuran como un grupo de población altamente vulnerable.

La menor atención y desarrollo de los estudios sobre este tema, donde la perspectiva de género no parece configurarse como un especial foco de atención, tiene consecuencias que en menor o mayor medida van a influir en el tratamiento de los problemas de este colectivo.

4. Arana, X; Germán, I. (2004): “Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’”. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas”, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

Desde la percepción social de la mujer usuaria de drogas que lleva a un mayor rechazo de estas personas, las diferentes repercusiones del consumo de drogas en el organismo femenino, el rol que se les asigna, una mayor predisposición a ser víctimas de malos tratos, problemas de custodia o situaciones de mayor indefensión de cara a los derechos más básicos, van a tener reflejo en un posterior tratamiento de su adicción, así como una serie de consecuencias de carácter jurídico penal, que situarán a las mujeres usuarias de drogas en un plano de desventaja frente a los varones.

1. LOS ESTUDIOS SOBRE MUJERES USUARIAS DE DROGAS

El proceso de socialización de las mujeres es diferente al de los hombres, tal y como muestran los estudios desde una perspectiva de género (Olmo, 1998: 15). A pesar de este dato, cuando se aborda el estudio de la mujer como usuaria de drogas, encontramos que la investigación en este campo no se ha desarrollado al mismo nivel que en el caso de los varones en la misma situación. Así, algunos autores consideran que la adicción femenina continúa siendo en la actualidad una gran desconocida dentro del campo de las adicciones (Palacio, 2003).

Stocco alude a la ausencia de especificidad tanto en estudios como en la intervención sobre las mujeres usuarias de drogas, motivo por el cual se pierde la perspectiva de género en el desarrollo de la comprensión de los problemas y de la psicopatología (Stocco: 2001: 91).

Y es que hoy en día, la literatura sobre el uso ilícito de drogas tiene una serie de limitaciones respecto al género. Con frecuencia, en los estudios se ha ignorado el sexo como un factor explícito de influencia (Romo, 2001: 39). Sólo determinados aspectos de las adicciones, han sido objeto de interés por los expertos. Los casos más frecuentes son los estudios que enfocan los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento (Opción, 2004: 5).

Romo (2001: 40) resalta la invisibilidad de las mujeres como tónica dominante en lo que se refiere a la atención prestada en el estudio de las mujeres como consumidoras de drogas, siendo escasa la producción científica en esta materia, y subraya que son numerosos los ámbitos que quedan por investigar.

Esta misma autora explica que en la literatura sobre el uso ilícito de drogas suele presentarse la experiencia masculina como la central, la más importante y la que constituye la norma estadística, pero también norma moral y descriptiva. *“La experiencia femenina, aparece así como una desviación más, como una forma alterada de lo considerado socialmente la ‘mujer normal’ o la ‘feminidad normal’”* (Romo, 2001: 40).

Sí es cierto que se empieza a observar un mayor interés en esta materia, en algunos trabajos sobre la mujer usuaria de drogas, o la perspectiva de género en este ámbito. Así, Urbano y Arostegi (2004: 10), indican que se constata que cada vez es mayor el volumen de investigaciones que integra la variable de género en la literatura sobre el tema de las adicciones.

Sin embargo, todavía no podemos considerar que se haya hecho un esfuerzo claro por desarrollar trabajos que faciliten un abordaje integral de la situación de las mujeres usuarias de drogas.

En este punto, Romo critica la escasez de trabajos en los que se integran estas perspectivas ofreciendo una visión global que permita comprender aspectos específicos del uso de drogas entre las mujeres y su comparación con el de los varones (Romo, 2001: 282).

Como indica Orte (2001: 30), la cuestión de la adicción a las drogas entre las mujeres, a pesar de su importancia, no ha recibido el interés especial y exhaustivo que requiere por parte de los investigadores. En opinión de esta autora, el desconocimiento histórico de la drogadicción femenina *“no puede atribuirse únicamente a razones de escasa representación numérica, sino más bien a cuestiones culturales y de percepción social respecto al género femenino”*.

Una de las principales y más importantes consecuencias de la ausencia de este tipo de estudios es el hecho de que muchas de las fórmulas terapéuticas que se han desarrollado se basen más *“en el(los) perfil(es) del adicto varón que en un estudio en profundidad de las diferencias introducidas por el género en el abordaje de dicho fenómeno”* (Palacio, 2003).

Es interesante la puntualización de Torre, Balboa y Ayesta (2001: 387), que explican que lo habitual *“no es ver a la mujer como objetivo central de estudio del problema de las toxicomanías, sino más bien como apoyo para dar solución al mismo”*.

En las Líneas Prioritarias recogidas en el V Plan de Drogodependencias para la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008, propuestas por la Comisión Técnica de Asistencia considera necesario *“impulsar el estudio y la investigación de la incidencia de los aspectos diferenciales en función de género en el tratamiento de las drogodependencias, y promover la incorporación de la perspectiva de género en los programas de asistencia a drogodependientes, articulando las acciones necesarias para el adecuado tratamiento de las mujeres”*.

Propuesta que también se recoge en este mismo Plan, en las líneas prioritarias de actuación recomendadas por la Comisión Técnica de Inserción, donde se solicita el potenciar la *“elaboración de estudios de investigación sobre la mujer que tengan en cuenta la influencia del género en todos los aspectos: somáticos, psíquicos, sociales, económicos y comunitarios”*, disponiendo de *“estudios específicos que recojan y evalúen los factores de riesgo, en relación con las mujeres”*.

No cabe duda de que la literatura en este sentido reclama una mayor atención, para poder desarrollar estudios que se aproximen a esta materia en profundidad, de una forma integral, para poder avanzar posteriormente en el abordaje de esta problemática con la suficiente información para poder elaborar las herramientas adecuadas de cara a su superación.

2. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Por género entendemos la atribución a las personas de diferentes roles y conductas esperadas según su sexo biológico. La identidad de género no es natural ni inmutable, sino cambiante y determinada por el hecho de vivir e incorporar, desde el nacimiento y a través de la socialización, las experiencias, ritos o costumbres que la sociedad considera apropiadas y valoradas para los varones y las mujeres (Opción, 2004: 22).

Como hemos visto, el término “género” es diferente al término “sexo”. Este último se refiere a los aspectos biológicos, mientras que las cuestiones relacionadas con el género tienen que ver con las cualidades, los tipos de comportamiento y las funciones que las diferentes sociedades asignan a los hombres y a las mujeres (Rekalde; Vilches, 2003: 31).

Cuando abordamos la cuestión del consumo de drogas por parte de las mujeres debemos tener en cuenta esta perspectiva. Como explica Romo (2004: 78), la incorporación del género como categoría de análisis supone reconocer que es un elemento estructural y, como tal, condiciona las prácticas individuales y sociales y, por tanto, condiciona los resultados de las acciones. Implica incorporar una mirada reflexiva y crítica donde las relaciones de poder y jerarquía adquieren una importante significación (Romo Avilés, 2004: 78).

Urbano y Arostegi (2004: 42) explican que las mujeres en general han estado en mayor medida, social y culturalmente, sujetas a deberes de sumisión y compromiso. La cuestión del género conlleva y añade en muchos casos una sobrecarga de obligaciones vividas como consustanciales a sus roles: cuidadoras, encargadas, procuradoras, delegadas, etc.

La distinción y atención en la perspectiva de género tiene su importancia cuando se aborda el fenómeno de la adicción en la mujer, ya que los factores que están en la base de esta conducta *“no sólo van a estar determinados por el aspecto biológico ‘sexo’, sino que, de forma aún más determinante, van a estar definidos como tales debido a cuestiones más amplias como los roles, las expectativas y el papel asignado a las mujeres en nuestro contexto social. En definitiva, al género”* (Urbano; Arostegi, 2004: 40).

En opinión de Palacios (2001: 260), puede hablarse de adicciones “femeninas” o “masculinas” si se tienen en cuenta los condicionantes socioculturales y educativos en que estas se originan.

Y es que existen cuestiones de vulnerabilidad social que afectan de forma diferentes, dependiendo del género de las personas (Urbano; Arostegi, 2004: 53), siendo el consumo problemático de drogas una de estas circunstancias que va a producir una mayor vulnerabilidad.

Cuando abordamos el fenómeno de las drogas no podemos olvidar que existen diferencias significativas en las características de las personas drogodependientes según cual sea su género (Torre; Balboa; Ayesta, 2001). Uno de los elementos fundamentales para entender por qué se producen comportamientos diferentes entre varones y mujeres es su distinta percepción y acción frente a situaciones de riesgo como las que suponen consumir drogas. Es decir, las diferentes percepciones de las conductas de riesgo parecen estar socialmente organizadas en base al género (Romo Avilés, 2004: 78). Todo esto tendrá su reflejo en el consumo de drogas por parte de las mujeres.

3. EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES

Los problemas de los hombres son diferentes a los de las mujeres, cuestión que se traduce igualmente en cuanto a sus formas de acceso a la droga y las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del consumo (Morata, 2004). En esta misma línea Urbano

y Arostegi (2004: 183) apuntan a las diferencias observadas en el consumo y sus consecuencias entre los géneros.

Existen notables diferencias entre hombres y mujeres en relación con el consumo de drogas, tal y como apuntan los autores que tratan esta cuestión, apreciadas en las formas en que consumen las sustancias, en la evolución de las adicciones, en las dosis y cantidades consumidas, en los patrones de uso, etc. (Rekalde; Vilches, 2003: 7). Este mismo dato es señalado por Rodríguez cuando evidencia estas grandes diferencias entre géneros en las conductas objetivas de consumo: tipo de drogas, frecuencias, cantidades, etc. (Rodríguez, 2001: 24). Y en la misma línea, se resalta la diversidad entre hombres y mujeres en cuanto a los patrones de consumo, las causas y consecuencias en el uso y abuso de drogas (Opción, 2004: 2).

Como explica Romo Avilés (2004: 88), uno de los aspectos en los que se construye el género es en las formas en que varones y mujeres usan drogas, en sus elecciones y formas de uso, y en las distintas percepciones y acciones frente al riesgo que mujeres y varones desarrollan: *“existen unas tendencias generales que difieren a los varones y mujeres que usan drogas. En general, podemos decir que los varones son los principales usuarios de drogas ilegales. Sin embargo, parece que las mujeres están destinadas a tratar su malestar con tranquilizantes”*.

Según los expertos, los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres. Sin embargo, actualmente, existen factores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia del consumo de este tipo de drogas entre las mujeres (Urbano; Arostegi, 2004: 17).

Una de las cuestiones que va a marcar el proceso de adicción se encuentra en las diferencias biológicas entre las mujeres y los varones, configurándose como un factor de riesgo individual: *“Las forma en la que afectan las sustancias al organismo femenino, las consecuencias derivadas sobre terceros y las expectativas sociales que afectan a la conducta o a las sanciones que conllevan la trasgresión de estas ‘normas’ afectan de forma diferente a unos y otras”* (Urbano; Arostegi, 2004: 183).

3.1. Causas y motivaciones del consumo de drogas por parte de las mujeres

Mientras que algunos autores, a la hora de analizar las causas, los orígenes o las motivaciones que empujan a la adicción o implementen el uso de sustancias, consideran necesario deslindar cuidadosamente los consumos, según sean de una u otra sustancia, tal y como indican Rekalde y Vilches (2003: 19), desde otros estudios se apunta hacia *“la justa, irrenunciable e inacabable lucha de la mujer por su emancipación, hacia la plena consecución de un trato igualitario”* que conlleva a menudo al consumo *“por tendencias identificadoras o miméticas y, en otras ocasiones, por impulso de unas modas comercialmente incentivadas, comportamientos y actitudes adictivas, mantenidas con anterioridad por los hombres”* (Opción, 2004: 4).

En lo que sí hay acuerdo es en considerar que las motivaciones de hombres y mujeres frente al consumo de drogas son diferentes. En este sentido, Romo Avilés destaca que, desde el punto de vista del género, las mujeres suelen usar las distintas sustancias psicoactivas que incluyen en su forma de policonsumo de drogas con significados y motivaciones diferentes a los varones, lo que se manifiesta, entre otros,

en su elección de sustancias distintas y consumos con diferentes intensidades (Romo Avilés, 2004: 84).

Cuando Urbano y Arostegi (2004: 17) abordan el origen del consumo de drogas en las mujeres, señalan que factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa o indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles elegidos y las nuevas formas de ocio, contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferencial entre hombres y mujeres.

Sí es cierto que en el caso de las mujeres, cuando explican el origen de su adicción, hacen alusión a determinados hechos, sucesos, situaciones de su vida que han podido tener una especial trascendencia y que les ha llevado a una problemática adictiva. Se trataría de crisis concretas a las que se han enfrentado haciendo uso de drogas: la muerte de un ser querido, una infancia en una familia desestructurada, ansiedad, depresión, etc. Asimismo se indica como un factor precipitador el hecho de tener familiares con dependencias severas a determinadas drogas (alcohólicos...), o incluso haber sido víctima de abusos sexuales.

Según Urbano y Arostegi, entre los motivos analizados que desembocan en una adicción, los más frecuentes en el consumo de psicofármacos en las mujeres son la angustia y el nerviosismo (Urbano; Arostegi, 2004: 29).

Otro de los datos a tener en cuenta en cuanto a la motivación en el inicio del consumo es el hecho de que el uso experimental de drogas a edades tempranas se produce en edades inferiores en chicas que en chicos. Generalmente esto responde a que las chicas más jóvenes tienen amigos de más edad que les inician a este consumo experimental (Merino, 2001: 58).

En esta misma línea, pero sin distinguir entre hombres y mujeres, aunque apuntando igualmente al grupo de pares como factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias, Urbano y Arostegi (2004: 47) consideran que el hecho de conocer a otros consumidores de drogas contribuye a facilitar la obtención de drogas.

Otro factor de interés, como aspecto diferenciador entre hombres y mujeres en el consumo, es la edad. A medida que la edad aumenta, las mujeres van alejándose, ya en los patrones de consumo, ya en la cantidad de drogas consumidas, de los hombres (Merino, 2001: 58).

Sí es cierto que la motivación variará en función de la sustancia de que se trate. Así, en el caso del alcoholismo, la depresión, las emociones negativas, los problemas interpersonales, la baja autoestima y el maltrato físico y/o psíquico por parte de sus parejas son las causas más frecuentes del inicio en el consumo de alcohol en el caso de las mujeres (Urbano; Arostegi, 2004: 54).

Por otro lado, y en lo que a las sustancias ilegales se refiere, Urbano y Arostegi apuntan como causas del inicio el hecho de tener pareja consumidora, la facilidad de ser invitadas, la facilidad de adquisición de las sustancias a través de estas relaciones afectivas, la existencia de una estructura de personalidad límite o trastorno de personalidad dependientes, problemas familiares y/o sociales y deseo de mejora de imagen física (Urbano; Arostegi, 2004: 54).

La pareja, novio o marido, de la mujer adicta en muchos casos tiene un papel determinante como inductor al inicio en el consumo, ya sea modificando su actitud ante las drogas o incluso, en ocasiones, puede ser el que administre la primera droga a la mujer. Como indican Llopis y Rebolida (2001: 157), frente a ese inicio propiciado por la pareja, se produce *“la paradoja de que más adelante el varón no quiere que ella siga drogándose argumentando que no quiere que se enganche, y tomando una postura de oposición al consumo de ella que no suele solucionar nada”*.

3.2. Tipos de drogas consumidas por las mujeres

Un dato a resaltar es la especificidad del consumo de diferentes tipos de sustancias en relación a las tipologías de problemas asociados específicamente al género (Orte, 2001: 30).

También la edad, junto al género, va a marcar las distintas sustancias que se consumen. Así las mujeres más jóvenes consumirán preferentemente alcohol y tabaco, mientras que las mujeres de mediana edad tienden más hacia el uso de psicofármacos, sobre todo los tranquilizantes.

Según las cifras ofrecidas por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en su Informe Anual 2004, las tasas de consumo de cannabis son notablemente mayores en hombres que en mujeres.

En relación al consumo de éxtasis, Romo Avilés destaca las diferencias entre varones y mujeres. Las mujeres llevan a cabo consumos menos intensivos de este tipo de sustancias. Las mujeres intentan mantener un uso que podríamos calificar de más “controlado” (Romo Avilés, 2004: 82).

En cuanto a los tranquilizantes existe unanimidad por parte de los expertos en considerar que es el colectivo femenino el que más usa este tipo de drogas. Hay un espacio que las mujeres asumen como propio, un lugar de consumo que no comparten con los hombres, porque sus características son esencialmente femeninas (Megías y otros, 2001: 225). De esta forma, el uso de benzodiacepinas es más común entre el colectivo femenino que entre el masculino (Urbano; Arostegi, 2004: 30).

3.3. Consecuencias del consumo por mujeres de las diferentes sustancias

En el mundo de las drogodependencias la mujer también tiende a presentar patrones de consumo y hábitos socio-sanitarios y psico-sociales por los que asimila papeles, actitudes y conductas marcadamente masculinos, basados en la ostentación del poder (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 387).

En el entorno del consumo de drogas, todos los usos no generan las mismas condiciones de inseguridad y violencia a las mujeres. Deberíamos tener presente el tipo de uso y el estatus de la sustancia que se consume a la hora de valorar las situaciones de vulnerabilidad. De esta manera, el consumo compulsivo de heroína puede generar múltiples situaciones de vulnerabilidad en las usuarias mientras que quizás el uso de éxtasis puede producir muchas menos (Meneses Falcón, 2003).

En cuanto a los psicofármacos, entre las mujeres que los consumen suelen aparecer frecuentes cambios de humor, dificultades económicas y laborales. Existe tendencia

al aislamiento, soledad y apatía en las mujeres consumidoras, consecuencias indeseables e importantes efectos negativos en hábitos y rendimientos (Urbano; Arostegi, 2004: 30).

En el caso del alcoholismo hay que destacar que las mujeres beben en solitario. Se trata de una adicción que se mantiene a escondidas. Los hombres tienen un consumo social y beben acompañados en mayor medida (Urbano; Arostegi, 2004: 54).

En lo que se refiere a las distintas sustancias consumidas, desde la Biología, al analizar las consecuencias del consumo de alcohol entre las mujeres, los estudios clínicos e investigaciones realizados indican que existen diferencias significativas en la susceptibilidad a los efectos adversos al alcohol y diferencias en el metabolismo en función del sexo. Así lo explican Urbano y Arostegi (2004: 26): *“El organismo femenino está peor equipado para metabolizar el alcohol debido a una mayor proporción de grasa y menor proporción acuosa. Se produce una alcoholemia más elevada tras una ingesta similar a la del varón, lo que resulta más lesivo (...). Por tanto, a igualdad de ingestión los daños son más graves para ellas (...). En general, el organismo femenino tolera peor el alcohol y desarrolla dependencia antes que el hombre. Esto contribuye a una mayor vulnerabilidad en relación a sus efectos”*.

Pero podemos observar una clara diferencia entre la forma de uso y las consecuencias del consumo de drogas legales e ilegales. En lo que se refiere a las drogas ilegales, entre las mujeres que consumen heroína, este consumo se hace mayoritariamente por vía parenteral, tal y como explican Urbano y Arostegi (2004: 32). El colectivo femenino también desarrolla comportamientos auto-destructivos más que los hombres y se vuelven adictas con mayor rapidez, pese a que tomen la droga en menos cantidad.

3.4. Nuevas tendencias en el consumo de drogas

A nivel general, los datos corroboran la existencia de un preocupante aumento del consumo de drogas por parte de las mujeres, presentándose entre las más jóvenes, las que están en edad escolar, la prevalencia del consumo más alta en todos los tipos de drogas, tal y como se desprende del estudio realizado por Urbano y Arostegi (2004: 20-21). Tal y como indican, de la misma manera que se abren a las mujeres nuevas posibilidades de desarrollo, también se percibe un mayor acceso a otras conductas de signo contrario, entre las cuales está el consumo de drogas: *“La a menudo mal entendida ‘igualdad entre los sexos’ ha situado a la mujer en situaciones de riesgo frente al consumo de sustancias que anteriormente afectaban casi en exclusiva a los varones”* (Urbano; Arostegi, 2004: 183).

Este mismo dato es corroborado por Romo Avilés, cuando indica que en los últimos años se viene constatando en los estudios epidemiológicos una nueva tendencia que supone una mayor prevalencia de consumo entre las adolescentes que se aproximan e igualan a los varones en sus formas de consumir drogas y que han reducido la brecha entre sexos (Romo Avilés, 2004: 89).

Lo que parece evidente es el hecho de que en los últimos años se ha apreciado un aumento en el consumo de drogas ilegales por parte de las mujeres. Un dato de interés es el aportado por Urbano y Arostegi al analizar los factores de protección para las

mujeres, donde explican que si bien anteriormente el hecho de ser mujer era un factor que protegía a éstas frente al consumo de drogas, ya que la asunción de los roles asignados les apartaba del consumo de sustancias legales e ilegales, hoy en día, por el contrario, las mujeres presentan unas tasas alarmantes en la experimentación con determinadas sustancias (Urbano; Arostegi, 2004: 48).

4. ESPECIAL SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y MARGINACIÓN DE LA MUJER USUARIA DE DROGAS

Como apuntábamos en el estudio sobre “Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’”. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas”, la situación de vulnerabilidad de la mujer se aprecia por el hecho de que se encuentra aún en una situación de desventaja frente al hombre (Francia, 1998: 53).

Los datos epidemiológicos del consumo de drogas de las mujeres usuarias de drogas identifican a este colectivo, entre otros, como segmentos de la población vulnerables al consumo y abuso de sustancias (Urbano; Arostegi, 2004: 20).

Las circunstancias que concurren en el consumo y abuso de drogas configuran un marco problemático, que conduce en ocasiones a la marginación, la prostitución y otras situaciones de exclusión social que a menudo incluyen al entorno familiar en las dificultades en mucha mayor medida aún que en el caso de los consumidores varones (Rekalde; Vilches, 2003: 23).

Nos encontramos con una serie de fenómenos que son comunes a la adicción y a las circunstancias que generalmente rodean al consumo de drogas también en los varones, aunque, por otro lado, estos consumos afectan en desigual medida a hombres y mujeres (Urbano; Arostegi, 2004: 35).

Lo que sí se ha podido constatar es que las mujeres dentro de un contexto social y/o marginal se convierten en personas especialmente vulnerables a la exclusión y a la marginación (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 385). Porque, tal y como comentan Rekalde y Vilches (2003: 36), al sufrir la discriminación de género, las mujeres están en peores condiciones para afrontar estas situaciones problemáticas.

El rol social asignado a la mujer no sólo no es equivalente al del hombre sino que contribuye a situarla, en mayor medida y junto con otros colectivos desfavorecidos que no disponen de una igualdad de oportunidades, en una auténtica situación de vulnerabilidad social y personal. Esto ya, por sí mismo, se constituye como un desequilibrio, una situación de riesgo determinada por el contexto social que podría estar en la base de conductas “inadaptadas”, entre ellas el consumo de sustancias (Urbano; Arostegi, 2004: 43).

Las mujeres muestran un determinado estilo de relacionarse. Se consideran inferiores y menos capaces de valerse por sí mismas, tienen menor capacidad de autonomía (Urbano; Arostegi, 2004: 45).

Cuando un problema de abuso llega a ser evidente, la mujer adicta se encuentra en una posición de mayor vulnerabilidad y se expone aún más a los riesgos con respecto a su salud y bienestar físico (Stocco, 2001: 99). La relación entre la victimización y consumo de drogas en la mujer es una constante (Orte, 2001: 36).

Esta situación de mayor vulnerabilidad, e incluso de violencia presentes en muchas consumidoras de drogas no son más que un reflejo de la realidad de las mujeres en la sociedad más amplia (Meneses Falcón, 2003). Ser mujer y ser usuaria de drogas son los dos principales factores para encontrarse en situación de vulnerabilidad y/o violencia. Se trata de una situación en la que las mujeres carecen de poder, independencia e igualdad.

Como indica este mismo autor, la sociedad de los “no consumidores” de drogas conformaría un contexto de vulnerabilidad hacia la mujer adicta, con sus críticas e intolerancia hacia ellas, encasillándola en la identidad de consumidora a pesar del abandono del consumo. Cada sociedad o cultura marcan las normas de comportamiento de las mujeres y las sanciones para quien las incumplen (Meneses Falcón, 2003). En opinión de Stocco (2001: 97), el hecho de ser mujer provoca más intolerancia.

La sociedad sigue reproduciendo las diferencias de géneros, apreciándose un desigual trato social. Diferencias que en el caso de las adolescentes, tal y como explica Megías (Megías y otros, 2001: 220), se perciben en términos del privilegiado trato que reciben sus hermanos y amigos varones, o lo que es lo mismo, el grupo de pares.

En general, las mujeres tienen mayor precariedad económica, menores oportunidades de trabajo y el conjunto de la sociedad les ofrece menos comprensión (Morata, 2004). Y, conforme indica este autor, en cuanto se enfrentan a consumos problemáticos, las chicas pasan por situaciones más duras: agresiones, prostitución, violaciones, engaños, abandonos, embarazos con posible pérdida de hijos y desarraigo familiar.

Distintos estudios ponen de manifiesto la precariedad laboral de la mujer drogo-dependiente y su baja cualificación profesional, una situación económica paupérrima y normalmente asociada a la ayuda de los padres o la pareja para poder subsistir, y un estado de salud general precaria asociada al uso de las jeringuillas y las prácticas sexuales de riesgo, encontrando unos porcentajes bastante alto de infectadas por VIH, hepatitis B y hepatitis C, altas tasas de intentos de suicidio y las sobredosis (García del Castillo Rodríguez, 2003).

En esta misma línea, Urbano y Arostegi (2004: 60), apuntan otras consecuencias del abuso de drogas: procesos de marginación importantes, frecuentemente acompañados por episodios de prostitución, mayor número de prácticas de riesgo para la adquisición de SIDA y enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades, embarazos no deseados, etc.

Por su parte, Rekalde y Vilches (2003: 12) también enumeran las consecuencias de los consumos más duros de drogas ilegales por parte de las mujeres: se relacionan con hombres toxicómanos, su fuente de ingresos es mayoritariamente la prostitución, presentan antecedentes de malos tratos, niegan y disfrazan su adicción.

Como expresión de la situación de vulnerabilidad de la mujer con un uso problemático de drogas, se aprecia un estado de abandono personal caracterizado por una menor autoestima y una mayor desesperanza que les lleva a tener menores recursos frente a la presión de grupo y a una accesibilidad más limitada al mundo laboral (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 385).

Al trabajar con mujeres usuarias de drogas, se detectan en mayor medida en éstas sentimientos de desarraigo y desprotección (Urbano; Arostegi, 2004: 45). Lo que es una manifestación más de su especial situación de vulnerabilidad.

La mujer adicta se mueve la mayoría de las veces en un ambiente de gran conflictividad y desestructuración de los patrones educacionales y de relación (Llopis, Rebolli-da, 2001: 169). Junto a esto, como explica Stocco (2001: 99), las mujeres asisten a un conflicto de ambivalencias, de tendencias opuestas creadas por su actitud de independencia, de trasgresión y de ruptura con su familia, y al mismo tiempo tienen la necesidad de volver con ellos para que la apoyen en ese momento tan delicado de su vida.

Todas estas cuestiones en relación con la especial vulnerabilidad y marginación de la mujer usuaria de drogas tienen consecuencias directas en su posible rehabilitación. Así se pronuncian Llopis y Rebolli-da (2001: 157): *“La inestabilidad y baja cualificación laboral junto con la dependencia económica de terceros se muestran relevantes en las expectativas de cambio de la conducta adictiva”*.

Como indican Urbano y Arostegi, se observa la necesidad de conceder una atención especial a determinados problemas a los que no siempre se les presenta el debido espacio como son: una menor expectativa laboral, la violencia doméstica o contra la mujer, el maltrato y los abusos, las relaciones conflictivas, la sexualidad afectada por estigmas como la prostitución, la maternidad prematura, la seropositividad en relación con la maternidad, los problemas afectivos y las dificultades para la integración y la cohesión grupal en el tratamiento (Urbano; Arostegi, 2004: 57).

Morata resume acertadamente la situación de la mujer usuaria de drogas: *“La historia de cualquier drogodependiente no es dorada. A veces produce sujetos histriónicos y artificiales que deambulan por una realidad oscura y opaca. Expresan la inquietud y la desorientación de la sociedad actual con la fuerza de una fábula contemporánea. Y en el centro de esa realidad, como personajes de segunda fila, están las mujeres. En el rincón más oscuro. Componiendo las páginas rugosas de las historias más tristes”* (Morata, 2004).

4.1. El “doble rechazo”: ser mujer y usuaria de drogas

La situación de especial vulnerabilidad de la mujer usuaria de drogas se refleja no sólo en una mayor indefensión frente a la población en general, donde la mujer “juega en desventaja”, sino frente a otras mujeres no usuarias.

La generación de “problemas de drogodependencias” en la sociedad actual ha llevado a las mujeres a ser minoritarias en número y estigmatizadas bajo el “doble rechazo”: ser mujer y usuaria de drogas (Romo Avilés, 2004: 88). Como indica esta misma autora, las mujeres usuarias de drogas son vistas en la literatura científica como doblemente “desviadas”, como mujeres y como consumidoras de drogas (Romo, 2001: 281).

En este sentido, Rodríguez señala que *“cuando una mujer se somete, o somete a consideración, la valoración de un comportamiento trasgresor, como es en nuestro caso el consumo de drogas, sobre sí misma está haciendo recaer una doble penalización: la primera es la que se asigna a la propia trasgresión [...] pero la segunda, y es la más importante, es la penalización que conlleva la trasgresión del rol, es decir, la trasgresión que consiste en realizar un comportamiento que, siendo considerado indeseable para los varones, lo es mucho más si se trata de las mujeres porque se sale de las expectativas que se le suponen”* (Rodríguez, 2001: 26).

La doble penalización que implica, desde la sanción social, la trasgresión en el caso de que sea protagonizada por una mujer, afecta a distintos aspectos de su imagen interna y externa (Rodríguez, 2001: 24).

Torre, Balboa y Ayesta (2001: 392), igualmente apuntan que si al hecho de ser mujer se le suma la adicción, éstas mujeres se verán abocadas a una estigmatización social mayor que la que pudiera sufrir un varón en la misma situación.

5. PERCEPCIÓN DE LA MUJER USUARIA DE DROGAS. AUTOPERCEPCIÓN

El desconocimiento histórico de la drogadicción femenina, que no puede atribuirse únicamente a razones de escasa representación numérica, sino más bien, a cuestiones culturales y de percepción social respecto al género femenino, merece un tratamiento específico (Orte, 2001: 30).

El estudio de las representaciones sociales es fundamental para afrontar estrategias adecuadas de respuesta al problema de las drogodependencias, en la medida que dichas representaciones forman parte constituyente del propio fenómeno y se concretan orientando pautas de actuación específica (Rodríguez, 2001: 24).

La valoración social del uso de drogas no es igual si éste se realiza por hombres que por mujeres. Las mujeres a menudo se ven afectadas en mayor medida por la penalización social (estigmatización) que acompaña a su problema (Urbano; Arostegi, 2004: 44).

En opinión de algunos autores, el uso socialmente problemático de drogas es un comportamiento desviado para varones y mujeres. Sin embargo, hay muchas formas por las que ese comportamiento es actualmente compatible con las expectativas de rol de los varones. Es por este motivo, como explica Romo (2001: 41), que la violación de las expectativas de rol por parte de las mujeres es considerada especialmente grave.

En el caso de las mujeres, el proceso de desarrollo de las percepciones sociales afectará no sólo a quien juzga, evalúa o establece ciertas expectativas acerca de su conducta, sino también a la percepción de sí mismas a la hora de valorar la adaptación o inadaptación de su actitud o conducta del rol establecido (Urbano; Arostegi, 2004: 35-36).

Cuando se aborda la cuestión de las representaciones sociales de la mujer usuaria de drogas, la visibilidad social de la mujer consumidora, o al menos la adicta, siempre responde al estereotipo de la "mujer fracasada" (Ettorre, 1998).

Las mujeres representan un grupo de por sí con características propias relacionadas al aspecto cultural, actividades y realidades personales. Asimismo, el consumo de drogas ilegales por la mujer es mal visto por la sociedad, por tanto se estigmatiza a las que consumen, generando en ellas sentimientos de culpa y vergüenza, acentuando así las condiciones sociales y su situación de discriminación (Opción, 2004: 4).

Cuando se aborda la perspectiva de género al estudiar las representaciones sociales del consumo de drogas que se pueden distinguir en contextos de ocio y diversión revelan una distinta consideración para las jóvenes que consumen frente a los varones. Así, en opinión de Rekalde y Vilches (2003: 102) se perciben a sí mismas, en esa situación, como más vulnerables, existen estereotipos despectivos y degradantes y, en

conjunto, están peor vistas las jóvenes consumidoras que sus compañeros. Es decir, se da una mayor reprobación social para las chicas que consumen (Rekalde; Vilches, 2003: 103).

La percepción social de las mujeres adictas trae consigo un estigma más marcado e incluso una visión más negativa para las propias afectadas (Rekalde; Vilches, 2003: 6).

De esta misma opinión, Romo apunta que cuando se estudia a las mujeres usuarias de drogas se les ha observado, en numerosas ocasiones, desde la “desviación”: se les ha visto más desviadas y psicológicamente más inadecuadas o inadaptadas que a los varones que consumen las mismas sustancias (Romo, 2001: 40-41).

Una mujer usuaria de drogas, además de la adicción, suele padecer problemas asociados al rol femenino tanto o más graves que su propia adicción. En muchos casos la mujer consumidora acaba sumando a sus dificultades iniciales la sensación de fracaso, de incompreensión y por último de incurabilidad (Palacios, 2001: 258).

En este sentido, hay que apuntar que esta estigmatización, superior en el caso de las mujeres, no se limita al rechazo social, al descrédito que genera. También impone un velo de ocultamiento que aún problematiza más las cuestiones derivadas del consumo problemático de sustancias. Este consumo se vuelve más clandestino, lo que dificulta sus posibilidades de rehabilitación (Rekalde; Vilches, 2003: 27).

El proceso de socialización de la mujer subraya, en todo lo que se refiere a la trasgresión en general y a las drogas en particular, un rol cuya función esencial reside en mantener a la mujer al margen de esos fenómenos. Se afirma que se trata de evitarles unos riesgos específicos relacionados con su condición biológica (maternidad), y a la vez se les impide el acceso a conductas y/o situaciones que los varones han reservado para sí. Uno de los mecanismos culturales utilizados para que las mujeres no adopten comportamientos trasgresores de riesgo tiene que ver con la socialización familiar de la vergüenza (Megías y otros, 2001: 205).

Esta misma cuestión es comentada por Urbano y Aristegi (2004: 60), cuando abordan la percepción social del usuario de drogas en función del género. Apuntan hacia un mayor rechazo: “*El consumo de alcohol femenino es más vergonzante y por eso más oculto, más tapado, más en soledad*”.

Este silenciamiento del consumo, por miedo al estigma, al rechazo, o por otros motivos, en sujetos femeninos es una constante (Rekalde; Vilches, 2003: 11). Y, como veremos a la hora de abordar la problemática del tratamiento de la adicción de mujeres usuarias de drogas, este ocultamiento del problema puede tener como consecuencia un comienzo tardío del tratamiento.

Cualquier tipo de consumo está mucho más estigmatizado en las mujeres (Urbano; Arostegi, 2004: 60). Lo que genera una autopercepción caracterizada por la baja autoestima, la inseguridad y un gran vacío afectivo (Ruíz, 2001: 309).

Se sabe que existe en diversos contextos culturales un mayor estigma social vinculado al uso de sustancias psicoactivas por la mujer. Ello es particularmente cierto en el caso de determinadas sustancias como el alcohol. Si bien esto podría configurarse como un factor protector para la mujer, sin embargo se constituye en una barrera formidable para la búsqueda de un tratamiento. A diferencia del varón, las mujeres con

dependencia a sustancias químicas deben superar cuatro estigmas para poder someterse a tratamiento (Opción, 2004: 24-25):

- El estigma social que existe para la adicción a sustancias psicoactivas
- Las normas morales que propician un mayor reproche social a las mujeres que a los varones
- El tercer estigma está relacionado con la promiscuidad sexual, y
- La estigmatización en el medio laboral, pues se tolera más el uso de drogas en el varón que en la mujer, por tanto su reinserción laboral es más viable

En opinión de algunos autores, las adolescentes tienen una visión muy clara de las diferencias en la imagen social de las posibles consumidoras mujeres, frente a los consumidores varones; una imagen que les parece injusta y que no aceptan. Pero, a la vez, reconstruyen aquella imagen social que les proporciona a ellas mismas un supuesto autocontrol muy superior al de los chicos (Megías y otros, 2001: 207).

En esta misma línea, Romo explica que las participantes en los entornos recreativos perpetúan en cierto modo diferencias y discriminaciones que existen en la sociedad siendo ejemplos de control sobre sí mismas ya que si participan en conductas reprobadas socialmente se perjudican a sí mismas (Romo Avilés, 2004: 89).

De cualquier forma, por otro lado también es cierto que la imagen de una mujer más capaz de afrontar los temas de drogas que el varón nos conduce hacia el rechazo de aquéllas que no son capaces de mantenerse en este rol diferencial (Megías y otros, 2001: 229).

En opinión de los expertos, una queja de las adictas se refiere al hecho de que los varones que siguen ese camino, que trasgreden, son considerados "hábiles sociales" y activos, al menos hasta que la dependencia los anula totalmente, mientras que para ellas la trasgresión ya las etiqueta de forma irreversible de por vida (Megías y otros, 2001: 232).

Todas estas cuestiones, tendrán también su repercusión a la hora de emprender el tratamiento desde una perspectiva de género. Las mujeres están más estigmatizadas, sufren mayor rechazo familiar, su visión de sí mismas es más negativa, su vulnerabilidad hacia enfermedades asociadas al consumo es más alta y su perfil, a la hora de establecer terapias y tratamientos, necesita un abordaje particular, un abordaje de género (Morata, 2004).

Y es que, como explican Rekalde y Vilches (2003: 26-27), los procesos de estigmatización que concurren tanto en la prostitución como en la percepción que mantiene la sociedad ante concretos consumos de drogas, y que alcanzan su clímax cuando el objeto de la misma es mujer, dificultan el abordaje de los problemas en términos colectivos y sociales.

La percepción social agrava un estigma que en ocasiones por sí mismo, precipita la recaída en el proceso de mantenimiento de la abstinencia (Urbano; Arostegi, 2004: 60).

6. LA PROSTITUCIÓN DE LA MUJER USUARIA DE DROGAS

Vinculada al consumo de drogas, la prostitución es un tema esencial cuando se aborda la cuestión del uso de drogas por las mujeres. Como veremos, es una forma de

financiación de las sustancias, que conlleva una degradada imagen social. Asimismo es una vía de transmisión de enfermedades, además de originar situaciones de maltrato, todo ello desembocará en una pobre autoestima, que agravará el problema de la adicción preexistente.

Llopis y Rebollida (2001: 163) explican que muchas veces la prostitución es un medio de mantener económicamente el consumo de los dos. La mujer suele encargarse de la búsqueda de dinero para conseguir la sustancia para ella y su pareja, normalmente a través de la prostitución, lo que aumenta su estigmatización y marginalidad, disminuyendo al mismo tiempo su autoestima (Médicos del Mundo, 2001: 13).

En opinión de los diferentes autores que abordan la cuestión del uso y abuso de drogas por parte del colectivo femenino, para sostener el consumo, las mujeres pueden involucrarse en la prostitución o el delito. En otros casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, que se presenta como la única oportunidad de generar ingresos. También los varones pueden intercambiar sexo por droga, pero pareciera generarse una mayor estigmatización y censura para las mujeres (Opción, 2004: 20-21).

Algunos autores asocian una serie de circunstancias al consumo de las drogas ilegales por parte de las mujeres, considerando el caso de consumos más duros: se relacionan con hombres toxicómanos, su fuente de ingresos es mayoritariamente la prostitución, presentan antecedentes de malos tratos, niegan y disfrazan su adicción (Rekalde; Vilches, 2003: 12).

La prostitución es un tema añadido al problema de la adicción, agravando más los problemas derivados de la misma. En muchos casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, presentándose éstas como la única oportunidad para conseguir ingresos. Es una situación de alta precariedad en términos de higiene y seguridad. Viven en la calle, albergue o pensiones (Urbano; Arostegi, 2004: 160).

Orte añade que las mujeres adictas que ejercen la prostitución en la calle concentran la mayoría de problemas y dificultades ligadas a la adicción femenina en general (Orte, 2001: 35).

Cuando Urbano y Arostegi (2004, 163) describen estas situaciones, explican que la urgencia por conseguir el dinero y consumir se antepone a la seguridad en las relaciones. De esta forma pueden ser contagiadas por clientes o compañeros.

Este mismo dato es subrayado por Torre, Balboa y Ayesta (2001: 389) al indicar que uno de los procesos de financiación para la obtención de la sustancia se apoya regularmente en la prostitución, lo que conlleva un mayor contagio y desarrollo de diversas enfermedades de transmisión sexual entre las que se encuentra el VIH.

En la actualidad estos temas han alcanzado mayor virulencia, concentrándose en la mujer consumidora de drogas, la prostitución, las enfermedades de transmisión sexual, específicamente el SIDA, y la transmisión de enfermedades y problemas de diverso tipo, incluida la adicción, a sus propios hijos, a través del embarazo (Orte, 2001: 35).

Estas mismas consecuencias de los consumos más problemáticos son descritas por Urbano y Arostegi (2004: 60), que observan procesos de marginación importantes, frecuentemente acompañados por episodios de prostitución, mayor número de

prácticas de riesgo para la adquisición de SIDA y enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades, embarazos no deseados, etc. Y adelantan un dato esencial: más de un tercio son portadoras del VIH, y no demandan apoyo institucional (Urbano; Arostegi, 2004: 161).

Además, el ejercicio de la prostitución es una actividad de alto riesgo personal, favorecedora de situaciones de violencia, abuso y maltrato físico, psicológico y sexual (Urbano; Arostegi, 2004: 165).

Lo que parece evidente es que las mujeres adictas son más vulnerables a sufrir agresiones físicas y tienen una mayor probabilidad de sufrir agresión sexual (Opción, 2004: 30).

La prostitución, al igual que el uso problemático de drogas, va unida a un rechazo social que se manifiesta en una abierta estigmatización hacia este colectivo (Rekalde; Vilches, 2003: 26).

Como indican algunos autores, en los entornos degradados en los cuales existe una condición de apego a la droga, aparece la prostitución de la mujer adicta, presentando como característica principal un cuadro de devaluación extrema de la condición femenina de estas mujeres (Stocco: 2001: 98).

En cualquier caso, y de acuerdo a la opinión de Urbano y Arostegi (2004: 164), la situación de la mujer consumidora de drogas que ejerce la prostitución es sumamente degradante y marginal desde cualquier óptica.

7. MATERNIDAD E HIJOS DE LAS MUJERES USUARIAS DE DROGAS

La infancia y su protección, y en este caso, el riesgo que para los hijos tiene o tendría el consumo de drogas por parte de las mujeres/madres, es un valor arraigado en el constructo social (Urbano; Arostegi, 2004: 44).

Las adictas siguen representando, en opinión de los diferentes autores que abordan las distintas problemáticas que presentan las mujeres usuarias de drogas, por los riesgos para la maternidad, un tipo de trasgresión socialmente inaceptable (Megías y otros, 2001: 223).

Es posible que la adicción femenina genere un mayor rechazo social por las consecuencias sobre los hijos, sea más estigmatizado y vivido con mayor culpa ante la percepción de que ella no va a poder ejercer su rol de madre, de esposa y garante de la estabilidad familiar (Urbano; Arostegi, 2004: 60).

En este mismo sentido se pronuncia Merino, al indicar que el fenómeno de la estigmatización es especialmente fuerte en la maternidad de las toxicodependientes (Merino, 2001: 59).

A diferencia de los aplicados a los varones, los modelos basados en la enfermedad, en las conductas desviadas, cuando se aplican a las mujeres, tienden a enfatizar su rol como madres (Romo, 2001: 40).

En opinión de Urbano y Arostegi (2004: 46), la maternidad establece una especial sanción a la mujer que padece una dependencia a las drogas y que trasgrede su rol, por las consecuencias que se derivan sobre terceros, en este caso, los hijos. La adic-

ción en la mujer tiene unas consecuencias que se extienden mas allá de su persona y que afecta a sus descendientes y figuras parentales (Urbano; Arostegi, 2004: 59).

Las mujeres adictas expresan su temor por el sufrimiento que la adicción acarrea a sus hijos/as. Y es que, tal y como explican (Llopis, Rebollida, 2001: 165), es incompatible mantener un papel activo como madre y al mismo tiempo continuar con la adicción, siendo común al discurso de las mujeres adictas el sentimiento de incompetencia y el reconocimiento de no haber atendido a los hijos adecuadamente.

De esa forma, se observa que la adicción femenina contribuye en mayor medida a desorganizar la familia. Los hijos, ante el problema suelen ser frecuentemente criados por los abuelos, padres de ella, cuando no son acogidos por instancias oficiales, por lo que tres generaciones se ven inmersas directa o indirectamente en el problema. Por lo general, tampoco la pareja de la mujer consumidora está disponible para ejercer el rol de crianza de los hijos (Urbano; Arostegi, 2004: 59).

Pero el problema que puede suponer el cuidado de los hijos, para una mujer con consumos problemáticos, se ve acrecentado ya que para muchas de estas mujeres, no obstante, el cuidado clásico ofrecido en las maternidades es incompatible con su estilo de vida (Merino, 2001: 59).

Otro factor a tener en cuenta, por lo que a la maternidad de las mujeres adictas a sustancias se refiere, es el hecho de que la presencia de hijos puede dificultar el cumplimiento de determinados tratamientos más o menos exigentes. Asimismo, muy pocos programas cuentan con un servicio de cuidado y atención al niño, lo que disminuye la posibilidad de enseñarles modelos adecuados de cuidar a sus hijos y de desarrollar lazos afectivos con ellos (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 386).

Cuando se aborda desde la literatura el consumo de drogas por el colectivo femenino, se observa que los casos más frecuentes objeto de estudio son aquellos que enfocan los efectos de las drogas en el proceso de embarazo y nacimiento (Opción, 2004: 5). Hecho que enfatiza la importancia que al rol maternal se asigna en el caso de estas mujeres. Un dato a tener en cuenta es que la incidencia de abortos entre las mujeres drogodependientes es muy superior a la de la población general (Llopis, Rebollida, 2001: 164).

Como explica Romo (2001: 40), gran parte de los resultados de investigación que se producen, siguen estando relacionados con el binomio droga / embarazo, antes que con el tratamiento de las drogodependencias y la prevención del uso de drogas en mujeres no embarazadas.

La realidad es que el embarazo puede añadir nuevas complicaciones y cargas a estas mujeres (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 386). La adicción a las drogas también afecta a la reproducción, y su uso durante el embarazo se traduce en riesgo obstétrico (abortos espontáneos, partos prematuros), tal y como comentan Urbano y Arostegi (2004: 33), no sólo por el consumo en sí, sino también por las condiciones de vida asociadas a él.

Igualmente se pronuncia García del Castillo, al comentar los factores asociados a la maternidad de las mujeres consumidoras habituales de sustancias y su repercusión, ya que se observa una alta incidencia de abortos, y problemas asociados al parto, encontrándose asimismo un alto porcentaje de recién nacidos con síndrome de abstinencia (García del Castillo Rodríguez, 2003).

Pero, además, y en relación con estas cuestiones, hay que añadir que, en opinión de los expertos, la desintoxicación no está generalmente recomendada en el embarazo (Merino, 2001: 59).

Pero la maternidad del colectivo de mujeres usuarias de drogas, muestra también otras vertientes, en lo que se refiere a cuestiones relacionales. Así, en el ámbito familiar, entre las adolescentes, algunos de los factores de riesgo para el consumo de drogas serían: las malas relaciones padres-hijos y la falta de diálogo y el abuso de alcohol y otras drogas por parte de los padres y madres (Urbano; Arostegi, 2004: 47).

Además, las consecuencias del uso de drogas que afectan a la vida de estas mujeres, también trascienden a la relación con sus hijos, la afectación de la relación con la familia, las relaciones de pareja, el trabajo, las relaciones interpersonales. En todos estos casos, en opinión de Urbano y Arostegi (2004: 173), se habla de la pérdida de relaciones, deterioro de las mismas, de la calidad del vínculo, de la falta de comunicación, etc.

Y es que el entorno familiar, de convivencia, de pareja, condiciona y compromete mucho más a los sujetos femeninos que a los hombres en estas situaciones (Rekalde; Vilches, 2003: 27).

7.1. La custodia de los hijos de las mujeres con consumos problemáticos

Como apuntan Rekalde y Vilches (2003: 23), una mujer que consume drogas es a menudo abandonada por su marido y los hijos le son quitados. Sería el caso de aquellas mujeres con consumos problemáticos que, tal y como se ha comentado al abordar la maternidad de este colectivo, no pueden hacerse cargo de sus hijos.

Según datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el hecho de que los hijos de mujeres toxicodependientes convivan con sus madres varía ampliamente en los diferentes países de la Unión Europea. No existen políticas claras en lo que se refiere a la anulación la custodia de sus hijos a las madres con adicciones a las drogas.

En Dinamarca y Suecia, países en los cuales opera la práctica de consignar tales niños a otras unidades familiares que no la de origen, parece existir un cambio de tendencia al impulsar que las madres toxicodependientes convivan con sus hijos, promoviendo la convivencia entre los hijos y sus madres. Los países del sur de Europa, Grecia, España, Portugal e Italia, tienden a confiar en la familia extensa el cuidado y educación de estos niños (Merino, 2001: 58).

Como indica Merino (2001: 58), una barrera que encuentran las mujeres con consumos problemáticos es el temor a ser etiquetadas como madres irresponsables y perder así la custodia de sus hijos.

La situación generada por la adicción conduce a una desestructuración familiar pervirtiendo la dinámica, de forma que las madres pierden la custodia de sus hijos para pasar a las abuelas que educan a sus nietos como si fueran sus hijos, lo que hace que desaparezca una generación, todo lo cual tendrá consecuencias inevitablemente en las posteriores fases de rehabilitación (Llopis, Rebollida, 2001: 165).

Por otra parte, en opinión de Llopis y Rebollida (2001: 170), las presiones legales centradas en la posibilidad de perder la custodia o la posibilidad de recuperarla son una de las causas principales de iniciar el tratamiento.

Como puede observarse, la cuestión de la custodia de los hijos de las mujeres con consumos problemáticos tiene su trascendencia a la hora de comenzar, o abandonar una vez empezado, el tratamiento de rehabilitación.

8. EL MALTRATO EN EL CASO DE LAS MUJERES USUARIAS DE DROGAS

En opinión de diversos autores, los abusos sexuales y malos tratos componen circunstancias añadidas que no suelen presentarse en el caso paralelo de los hombres consumidores de drogas. Así, García Castillo adelanta un dato que parece alarmante: *“la relación entre consumo y malos tratos, que aglutinan en torno al 84% de mujeres drogodependientes, que dicen padecer malos tratos físicos”* (García del Castillo, 2003).

En este mismo sentido, Llopis y Rebolida (2001: 168) observan que es muy significativa la alta incidencia de malos tratos, tanto en edades previas a la iniciación de la adicción, como en épocas posteriores. Suelen ser malos tratos derivados de la adicción y se desarrollan en un ambiente de gran deterioro de la relación de pareja, tratándose en algunos casos de agresiones mutuas entre los dos. Esta situación de malos tratos se conforma, en ocasiones, como causa del inicio en el consumo.

Nos encontramos ante un problema con una doble vertiente: las adicciones predisponen a la violencia y el maltrato predispone a la adicción de la víctima (Creixell, 2003).

Uno de las expresiones más evidentes de la discriminación que padecen las mujeres usuarias de drogas, y que puede endurecer el problema del maltrato, lo encontramos en relación a los recursos de alojamiento que las instituciones ponen a disposición de las mujeres víctimas de la violencia. En el caso de los pisos de acogida, cuando las mujeres toxicómanas son víctimas de una situación de abuso y malos tratos no pueden acceder a estos recursos (Ruíz de Azua y otros, 2003: 242).

Podemos constatar una enorme complejidad en las situaciones de violencia, al añadir la problemática que caracteriza a las adicciones, y en concreto al mundo de la droga (legal o no), donde nos adentramos en un mundo en el que no contamos en la actualidad con respuestas ni simples ni unánimes aplicables a todos los casos (Rodríguez Díaz, 2003).

Como explica Meneses, la vulnerabilidad y la violencia pueden estar asociadas al consumo de drogas en las mujeres, *“pero solo una parte de éstas situaciones suele cesar con el abandono del consumo, pues las causas no están en la persona víctima de la violencia sino en quien la hace vulnerable”* (Meneses Falcón, 2003).

9. MUJERES Y PATOLOGÍA DUAL (COMORBILIDAD)

La patología dual que se presenta en algunos consumidores de drogas, examinada en este mismo trabajo, muestra una serie de especificidades en función del género.

La presencia de psicopatologías entre las mujeres usuarias de drogas es notablemente mayor que en los estudios de adictos varones, sobre todo por lo que a los trastornos afectivos se refiere, al igual que la presencia de trastornos adictivos en el entorno familiar inmediato de las toxicómanas (Llopis, Rebolida, 2001: 169).

Como explican Urbano y Arostegi, la cuestión del género conlleva y añade en muchos casos una sobrecarga de obligaciones vividas como consustanciales a sus roles. Esta sobre exigencia en algunos casos sobre expone y en otros sobre añade un estrés psíquico por varias razones, entre ellas: lo imperceptible de la tarea y la invisibilidad del esfuerzo que realizan las mujeres (Urbano; Arostegi, 2004: 42).

La posición de las mujeres frente a los consumos de drogas, también frente a otras muchas cuestiones, se explica y se argumenta alrededor de una supuesta carga mayor de exigencia, de un nivel muy superior en la asunción de responsabilidades y en la demostración de “fortaleza” (Rodríguez, 2001: 26).

La situación social de la mujer continúa en gran parte rigiéndose por los mismos patrones sociales y culturales impuestos a lo largo del tiempo, transmitiendo unas expectativas sociales de realización personal que la hacen ser más exigente consigo misma y aceptar y afrontar unas responsabilidades sociales mayores (Torre, Balboa, Ayesta, 2001: 388).

Según el informe Anual 2004 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en general, las mujeres presentan niveles bastante más altos de depresión, fobia simple y trastorno límite de la personalidad que los hombres (OEDT, 2004).

También es frecuente que el abuso de sustancias entre las mujeres se relacione con trastornos del comportamiento y alimentarios (Urbano; Arostegi, 2004: 32). En este mismo sentido, se indica como un diagnóstico de importancia asociado a la dependencia de sustancias en las mujeres, los desórdenes de alimentación, incluyendo anorexia nerviosa y bulimia (Opción, 2004: 37).

10. CODEPENDENCIA Y BIDEPENDENCIA EN EL COLECTIVO FEMENINO

Muchos drogodependientes se encuentran acompañados y cobijados por sus familias, madres, parejas, hermanos e hijos (Cantero y otros, 2003). La familia y la pareja son afectadas de manera decisiva por la adicción del miembro drogodependiente, la dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta cambian, se hacen disfuncionales como resultado del proceso adictivo.

Hablamos de “codependencia”, cuando nos referimos a una *“involucración obsesiva de algún familiar en los problemas del adicto llegando a vivir por y para él y desequilibrando su propia vida a todos los niveles: personal, familiar, laboral y social. La persona codependiente pierde el control de su propia vida y sus propios límites, invierte toda su energía en el adicto, y tiene gran necesidad de pertenecer y de ser útil”* (Cantero y otros, 2003).

Para Urbano y Arostegi, se trata de la mayor aceptación de la mujer al establecimiento de una relación afectiva con un hombre adicto (Urbano; Arostegi, 2004: 61). Estaríamos ante mujeres con una gran necesidad de ser útiles para su pareja, y así seguir con la misma relación de dependencia (Ruíz, 2001: 329).

El adicto se convierte en el único centro de atención tanto durante las etapas de consumo, como durante su rehabilitación, siendo en los dos casos perjudicial tanto para el codependiente como para el adicto (Cantero y otros, 2003).

Un codependiente, es una persona que sin ser adicta vive cerca de otro que sí lo es y con la cual mantiene una relación estrecha, sin darse cuenta o precisamente bus-

cando lo contrario refuerza los comportamientos del adicto que mantienen su dependencia. Es un fenómeno emocional psicológico que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada a los comportamientos repetitivos del adicto (Opción, 2004: 19). Generalmente es la persona que está más cerca de él, como la madre, la esposa, la hermana, el compañero. Normalmente se trata de una persona sufrida, físicamente enferma, nerviosa, mantiene sentimientos de enojo, resentimiento y culpa. Esta codependencia implica mecanismos de adaptación no sanos al comportamiento del adicto, se convierte en un freno para su recuperación.

Los coadictos, familiares afectados por la adicción de su pariente, en general presentan una serie de características clínicas perturbantes (depresión, ansiedad, impotencia, temor a la soledad, trastornos psicosomáticos, etc.), que imposibilita replantear su rol coadictivo. La pareja del adicto presenta un miedo intenso a quedarse sola, a ser abandonada, postergada por algo (la droga, aparato y/o actividad) o por alguien (otra persona sujeto de su adicción) (Opción, 2004: 20).

Y es que la codependencia puede llegar a convertirse en una adicción más, hasta el punto de que la mayoría de las características de un codependiente van a coincidir en gran medida con las del adicto (Cantero y otros, 2003).

Las coadictas se explican las penalidades que viven de la siguiente manera: *“el sufrimiento derivado de dicha relación es porque ellas se lo merecen y porque inevitablemente ese es el rol que ‘deben’ de desempeñar en la vida. Desean pensar que no es conveniencia ni comodidad del adicto y que a veces los sufrimientos que les ocasiona se lo merecen por que esa es la función de la pareja: soportarlos, aceptarlos como son y amarlos hasta el dolor”* (Opción, 2004: 20).

La dependencia afectiva, la dificultad para decir “no” o exigir condiciones, el miedo a la soledad y la desconexión afectiva, lleva a muchas mujeres a tolerar abusos o violencia por parte de una pareja, tornándose adictas al adicto o adictas a la relación. No constituyen un grupo especialmente patológico de mujeres, sino que en ellas se presentan amplificados estereotipos y mandatos sociales que ubican a varones y mujeres en lugares jerárquicamente desiguales en los vínculos, con independencia del problema de las drogas (Opción, 2004: 20).

Desde la perspectiva de género, se puede afirmar que aparecen más relaciones de codependencia entre las mujeres que entre los varones (Cantero y otros, 2003).

Como la adicción es más frecuente en el varón, las mujeres son comúnmente las codependientes. Tan importante como con el adicto, es el trabajo con las mujeres para que ellas entiendan los mecanismos que reproducen (mantienen la adicción) y lograr realmente que la cadena pueda romperse para la superación del problema (Opción, 2004: 20).

Resulta imprescindible resaltar que, además de todo lo comentado, la relación de codependencia implica un factor de riesgo añadido en el proceso de tratamiento (Cantero y otros, 2003). Y, por otra parte, gran número de mujeres son arrastradas al delito por vínculos afectivos y relaciones de dependencia (Olmo, 1998: 16).

Una cuestión más a tener en cuenta es la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión, en especial a la relación con su pareja, son algunos factores de riesgo para el uso de sustancias.

Muchas mujeres se inician en el consumo a partir de su relación con un usuario de drogas, alentadas por sus parejas (Médicos del Mundo 2003: 17).

Y es que, además del fenómeno de la codependencia, existen estudios que señalan como aspectos con un gran peso en el colectivo femenino la bidependencia o doble subordinación o sometimiento: la droga y de la o las figuras protectoras (masculina, femenina, familiar...), la vida limitada que sufren con cierta frecuencia mujeres drogodependientes, y la falta de identidad (Urbano; Arostegi, 2004: 47).

La relación de dependencia en opinión de Llopis y Rebollida (2001: 159), tanto en el ámbito afectivo como en el aspecto proveedor de la droga, sitúa a la mujer adicta ante la impotencia de abordar su propio problema en el momento en que su relación de pareja se rompe. Además, como indican estos autores, esta bidependencia en la mujer va a tener repercusiones importantes ya que es fundamental en la evolución de su adicción, al igual que en lo que se refiere a la posibilidad de reanudación del consumo.

11. PROBLEMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN DE LAS MUJERES

11.1. La subrepresentación de las mujeres en el tratamiento

La evolución de la toxicomanía en la mujer da lugar a diferencias notables que se reflejan tanto a la hora de acceder a los programas de tratamiento como en los resultados del mismo (Llopis, Rebollida, 2001: 169).

En opinión de los expertos, hoy por hoy los tratamientos están hechos más “para hombres” al predominar en este campo los varones que solicitan atención especializada, quedando así las mujeres en un segundo plano (Palacio, 2003).

Y es que, a la luz de los datos facilitados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, la ratio hombre/mujer en tratamiento tiende a ser menor a 1:3. Estas cifras indican que las mujeres con problemas de drogas están subrepresentadas (Merino, 2001: 61). Este mismo dato se recoge en diferentes estudios, en los que se resalta el hecho de que la presencia de la mujer en los centros de tratamiento para adictos a sustancias psicoactivas (comunidades terapéuticas), sea más reducida en general que la de varones, lo que lleva a que los centros con programas específicos para mujeres sean muy escasos y si los tienen, lo hacen con un modelo para varones (Opción, 2004: 21).

La subrepresentación de las mujeres adictas en los centros se debe a las dificultades que obstaculizan su demanda de tratamiento: la existencia de cargas familiares, la percepción de no ser consideradas en los tratamientos, el temor a la pérdida de los hijos y a ser definidas como “madres irresponsables” (Urbano; Arostegi, 2004: 11).

11.2. El acceso al tratamiento de la mujer usuaria de drogas

El hecho de que un alto porcentaje de las mujeres consumidoras de drogas tengan un compañero toxicómano dificulta e impide en muchos momentos el acceso de la mujer al tratamiento (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 385).

Cuando su pareja es la que tiene el problema de adicción ella tiende a quedarse con él, mientras que si es ella quien tiene el problema, la probabilidad de sufrir aban-

dono es mayor. Las mujeres que acuden en busca de tratamiento se sienten aisladas, tienen menos amigos o parientes que pudieran proporcionarles respaldo emocional, lo cual dificulta el tratamiento (Opción, 2004: 26).

Como explican Urbano y Arostegi (2004: 55), a la hora de abordar el problema de la adicción al alcohol, cuando la mujer se inicia en el tratamiento no le acompaña nadie. Cuando es el hombre el alcohólico, su mujer le arrastra, cuando es la mujer, el marido se desentiende.

Un dato relevante, aportado por Prat, a la hora de abordar el estudio sobre los aspectos diferenciales en el perfil de las personal por las que se solicita información por consumo de drogas en el servicio 900FAD, indica que el porcentaje global de llamadas referidas a hombres (la gran mayoría), frente al de mujeres, está en la diferencia de implicación y toma de responsabilidades ante su propia situación de consumo, mucho mayor en las mujeres que en los hombres y que se traduce en la realización de la llamada para la búsqueda de información y ayuda en las primeras y en la delegación de esta responsabilidad a otros familiares (especialmente las madres y esposas) en el caso de los segundos (Prat Pérez: 2001: 72).

11.3. Tratamiento y maternidad

Una de las razones principales para la baja representación de mujeres en tratamiento tiene que ver con la maternidad. Las cargas familiares harían difícil su comienzo en el tratamiento. Como indica Merino, otra barrera podría ser el temor a ser etiquetadas como madres irresponsables (Merino, 2001: 62).

En el caso de las mujeres, las presiones familiares, el miedo a perder los hijos, la familia y, sobre todo, el miedo a perder a la pareja, suele resultar un importante motor de cambio antecedente del inicio del tratamiento (Urbano; Arostegi, 2004: 55).

Como ya indicamos a la hora de abordar la maternidad y los usos problemáticos de drogas, la presencia de hijos puede dificultar el cumplimiento de determinados tratamientos más o menos exigentes. Asimismo, muy pocos programas cuentan con un servicio de cuidado y atención al niño lo que disminuye la posibilidad de enseñarles modelos adecuados de cuidar a sus hijos y de desarrollar lazos afectivos con ellos (Torre; Balboa; Ayesta, 2001: 386).

Muchas mujeres adictas no piden ser tratadas y se deduce que esto puede deberse a que no reconocen que tienen un problema; si tienen hijos les da miedo perder la custodia y carecen de apoyo familiar y social (Urbano; Arostegi, 2004: 27).

Y es que el tratamiento residencial resulta particularmente crítico cuando las mujeres deben separarse de sus niños, temen perderlos o no cuentan con redes de apoyo adecuadas. En muchos casos, los abandonos de tratamiento tienen que ver con factores contextuales: concretamente, deben retornar lo antes posible para cumplir sus responsabilidades domésticas y familiares. Si no se incluyen estos factores, puede interpretarse el corto tiempo de tratamiento como escasa motivación o falta de compromiso de las mujeres con su recuperación (Opción, 2004: 21).

También podemos apuntar todas estas cuestiones como causas, no tanto de no inicio de un tratamiento, sino de abandono del proceso terapéutico. Así, una de las causas más frecuentes de abandono se presenta cuando creen que fuera del trata-

miento está en peligro su relación afectiva de pareja o el vínculo con sus hijos. Prefieren la pareja que seguir en el programa (Urbano; Arostegi, 2004: 57).

Las mujeres adictas son perfectamente conscientes de todo esto, de ahí provienen dos sentimientos muy generalizados entre ellas “culpa y vergüenza” que deben superar durante los tratamientos. Las mujeres no cuentan con la misma disponibilidad de ayuda y acompañamiento familiar, diversos obstáculos se presentan a la hora de solicitar tratamiento, y en muchos casos hay oposición explícita por parte de la pareja o de los padres, generalmente minimizando la importancia o cantidad del consumo. Muchos centros no cuentan con servicios específicos para las mujeres, principalmente si son madres y tienen hijos pequeños (Opción, 2004: 21).

Algunos profesionales señalan que de la misma manera que los hijos suponen una motivación para el inicio del tratamiento, en ocasiones, la prisa y el deseo por resolver estas situaciones familiares pueden ocasionar intentos de precipitar la finalización del proceso o favorecer el abandono del mismo (Urbano; Arostegi, 2004: 55).

11.4. Otros problemas asociados al tratamiento de la adicción femenina

Dada la mayor prevalencia de la toxicomanía en la población masculina, la mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre este aspecto (Urbano; Arostegi, 2004: 19).

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

Los tratamientos se han adaptado más a las peculiaridades, demandas y necesidades de los hombres que a las de las mujeres (Palacios, 2001: 260). En opinión de Llopis y Rebollida (2001: 170), “*los programas de tratamiento están diseñados para hombres y son las mujeres las que deben adaptarse al programa y no el programa a las necesidades de la enferma*”.

En la misma línea, Stocco (2001: 90) señala que en el tratamiento de la adicción femenina quedan relegadas las necesidades propias de las mujeres consumidoras y se las somete a protocolos de intervención que han sido elaborados para los varones.

El contexto del tratamiento también puede generar situaciones de inseguridad y amenaza para las mujeres. De tal forma que la valoración y juicios hacia la mujer, el tipo de actuación que se lleve a cabo y los estereotipos que muchos profesionales proyectan en su intervención pueden ser decisivos para el abandono o la cronificación del consumo de drogas, así como una forma de favorecer el sentimiento de vulnerabilidad en las mujeres (Meneses Falcón, 2003).

Los profesionales han manifestado en más de una ocasión la existencia de un mayor deterioro físico y mental en las mujeres en el momento que solicitan ayuda. “*Llegan muy tarde porque frecuentemente el problema está oculto*” (Urbano; Arostegi, 2004: 55).

Por lo que se refiere a las recaídas en el tratamiento de la abstinencia, las mujeres la atribuyen a causas relacionadas con aspectos personales conflictos familiares, molestias físicas, soledad, conflictos con la pareja, problemas afectivos, la dificultad de abordar conflictos emergentes, dificultad para asimilar el duelo ante la pérdida, dificultades en su rol de madre, baja autoestima, autopercepción negativa de sí mismas, dependencia ante la figura masculina, falta de autonomía a la hora de encarar la vida sin drogas, invitación al consumo por parte de sus parejas, etc. (Urbano; Arostegi, 2004: 59). En las mujeres los abandonos suelen dar lugar a recaídas rápidas e intensas con un componente autodestructivo mayor, lo que acarrea un mayor grado de deterioro.

Llopis y Rebollida (2001: 160), apuntan como esencial para superar una dependencia el apoyo psicológico, necesidad que no suele verse cubierta en los centros de tratamiento. Y es que, las mujeres usuarias de drogas cuestionan los programas de tratamiento que se centran en aspectos puramente físicos de la adicción.

Si bien los profesionales saben que una mujer adicta además de la adicción suele padecer problemas asociados al rol femenino tanto o más graves (incluso con un papel etiológico en aquella), no se han generado suficientes alternativas terapéuticas válidas para abordar tales cuadros patológicos, haciendo que la adicta acabe sumando a sus muchas dificultades la sensación de fracaso, de incompreensión y por último de incurabilidad (Palacio, 2003).

12. LAS MUJERES USUARIAS DE DROGAS Y LOS DERECHOS HUMANOS

Por lo general, las mujeres presentan un nivel menor de alfabetización y acceso a la educación, más pobreza y desempleo, menos ingresos y oportunidades económicas. En general encuentran peor ambiente legal, menos respuestas políticas eficaces y menor protección de sus derechos humanos (Médicos del Mundo, 2001: 12).

A la hora de abordar la cuestión de los consumos de drogas por parte del colectivo femenino, hay que añadir que las mujeres marginadas se encuentran a menudo en peores condiciones (Rekalde; Vilches, 2003: 23).

Como explica Morata, las mujeres pasan por situaciones más duras: agresiones, prostitución, violaciones, engaños, abandonos, embarazos con posible pérdida de hijos y desarraigo familiar. Tienen mayor precariedad económica, menores oportunidades de trabajo y el conjunto de la sociedad les ofrece menos comprensión (Morata, 2004).

La igualdad no alcanza a esas mujeres adictas, *“porque es algo que se refiere a las mujeres y ellas no son sino un fracaso de mujer; no existen, su imagen las hace invisibles y, en consecuencia, carecen de derechos”* (Megías y otros, 2001: 222).

Existe una correlación entre género y empleo, lo que a su vez condiciona otra serie de aspectos como la independencia económica, las opciones de convivencia, etc. (Urbano; Arostegi, 2004: 188). Y es que, aún se está lejos de una equiparación laboral entre hombres y mujeres.

En un estudio elaborado por Llopis y Rebollida entre mujeres adictas a opiáceos en tratamiento en diferentes servicios de toxicomanías se observa, por lo que se refiere al mundo laboral, una degradación en el puesto de trabajo y del nivel profesional, hasta el punto de que algunas de éstas pasan a ejercer la prostitución. En el mejor de

los casos, alternando períodos de paro con otros de trabajo, califican su estabilidad laboral como de muy precaria. A esto hay que añadir una visión pesimista de futuro provocada por su toxicomanía, admitiendo la repercusión de la adicción sobre su situación laboral (Llopis, Rebollida, 2001: 157).

En la misma línea Stocco indica que la mayoría de las mujeres con problemas de adicción han vivido una historia laboral caracterizada por la inestabilidad, a menudo implicadas en trabajos precarios o temporales, no pudiendo mantener el horario y ritmo laboral que normalmente se exige, debido a su situación de toxicómanas (Stocco, 2001: 96). Las situaciones más complicadas, según este autor, se presentan en los casos en que la mujer también es madre, ya que debe hacer frente a un trabajo, a los hijos y a su adicción en una situación de alta precariedad, siendo los horarios, la retribución y las condiciones laborales en general incompatibles con la responsabilidad de un hijo.

Además, como explican Torre, Balboa y Ayesta (2001: 385), su accesibilidad al mundo laboral se ve limitada a las actividades peor remuneradas y menos valoradas socialmente, sin seguridad social en muchos casos, y bajo una presión constante provocada por la incertidumbre sobre su mantenimiento futuro, todo lo cual puede originar sentimientos de automarginación o de rechazo.

Las mujeres usuarias de drogas, igual que el resto de la población femenina, aspiran a tener un trabajo estable y no sentirse discriminadas frente a los hombres (Llopis, Rebollida, 2001: 158).

La inserción laboral implica el acceso al empleo y una mejora en la calidad de vida. El V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008, en las líneas prioritarias de actuación propuestas por la Comisión Técnica de Inserción, propone una especial atención a las mujeres de cara a su inserción laboral, indicando que *“si las mujeres en general sufren una serie de discriminaciones en el ámbito laboral ‘ordinario’, estas se incrementan si además estamos hablando de mujeres con problemas de drogas. Por ello se debería establecer un plan de igualdad de oportunidades, también a estos niveles”*. Una vez más, la doble sanción que padecen las mujeres usuarias de drogas lleva a crear soluciones apropiadas a su situación.

El tomar una posición y/o buscar que una intervención sea eficaz, tal y como expresa Rodríguez, en tanto acción orientada a producir un cambio en una dirección determinada *“con respecto a la violencia que sufre el género femenino, se debe realizar, sin dudar un momento, desde el posicionamiento de los derechos humanos y los valores culturales: derecho a la vida, libertad y seguridad de las personas; el derecho a la salud y a un tratamiento humano, donde no tenga cabida las posturas degradantes, la tortura o el castigo”* (Rodríguez Díaz, 2003).

13. CONSECUENCIAS JURÍDICO PENALES DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS POR PARTE DE LAS MUJERES

Como explican Urbano y Arostegi (2004: 166), según los datos de los diversos observatorios de drogodependencias, el porcentaje de mujeres toxicómanas que come-

ten delitos es notablemente inferior al de los varones. Parecería lógico pensar que las mujeres pudieran recurrir a la prostitución en mayor grado como fuente de financiación de su consumo, con una implicación mucho menor en procesos judiciales.

El motivo por el que muchas de estas mujeres delinquen viene derivado de sus relaciones de pareja y/o maternas. Las mujeres delinquen por causas que tienen mucho que ver con su relación de pareja o por su condición de madres (Urbano; Aros-tegi, 2004: 167).

Como antes se ha explicado las mujeres están subrepresentadas en los programas de tratamiento. Asimismo, abandonan el tratamiento con más facilidad que los varones. Según estos datos podemos observar las dificultades que se plantean para que puedan acogerse a los escasos beneficios que ofrece la legislación penal. Hablamos del nuevo tipo penal privilegiado (artículo 376⁵) contemplado tras la Reforma del Código penal por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, y que entró en vigor el 1 de octubre de 2004, en el que se contempla una notable reducción de la pena aplicable, que puede llegar hasta dos grados, y al que se pueden acoger en exclusiva los drogodependientes que hubieran cometido un delito de tráfico ilícito de drogas, o de precursores, siempre que se hubieran sometido con éxito a un tratamiento de desintoxicación, y la cantidad de las drogas objeto del delito no sea importante.

En opinión de Boné, habría que destacar por su importancia práctica que este art. 376 concederá a los Jueces una amplia potestad para poder reducir la pena a los tan frecuentes consumidores-trafficantes y así mitigar las elevadas penas que el CP prevé para el tráfico de drogas (Boné, 2003).

Sin embargo, un análisis más detenido del artículo 376, nos muestra algunas dificultades a la hora de la aplicación práctica de este precepto, en especial en el caso de las mujeres.

Como explican Valle y Fernández, la nueva circunstancia se reserva al grupo de sujetos que en el momento de la comisión delictiva padecían adicción a drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y posibilita una atenuación cualificada al permitir que la pena pueda rebajarse uno o dos grados, siempre que se haya finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación (Valle; Fernández, 2004: 1919).

Aquí podemos observar los elementos de esta circunstancia:

1) Situación de drogodependencia en el momento de la comisión de los hechos: El autor o partícipe en el delito debe padecer dependencia al consumo de drogas o sustancias estupefacientes para que pueda apreciarse la circunstancia del artículo 376 párrafo 2º. En opinión de Valle y Fernández, el término legal empleado, drogodependencia, permite excluir, en una primera aproximación, las situaciones en las que el consumo de sustancias constituya un simple hábito y no una adicción. La falta

5. Art. 376: "Igualmente, en los casos previstos en los artículos 368 a 372, los jueces o tribunales podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados al reo que, siendo drogodependiente en el momento de comisión de los hechos, acredite suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación, siempre que la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no fuese de notoria importancia o de extrema gravedad".

de mención a la gravedad constituye una omisión buscada para que la circunstancia posea un mayor potencial aplicativo para situaciones de drogodependencia relevantes (Valle; Fernández, 2004: 1921). La situación de drogadicción, además, debe estar temporalmente presente en el momento de la comisión del delito.

2) Cuantía de la droga: se descarta que pueda aplicarse en el caso de cantidades notorias, ya que en este caso la causa de la comisión del delito suele ser la obtención de un beneficio económico. De ahí que esta circunstancia se aplique solo en el caso de pequeñas cantidades de droga, ya que normalmente es la dependencia a estas sustancias el motivo que empuja al consumidor a cometer el delito.

3) Finalización con éxito de un tratamiento deshabitador: El núcleo central de la atenuación, y lo que la distingue de modo más evidente de otros beneficios ordinarios, es la exigencia de realización de un tratamiento de deshabitación, que además se finalice de modo exitoso, esto es, aparentemente con el abandono del sujeto de su adicción (Valle; Fernández, 2004: 1922). Para estos autores, el requisito del éxito del tratamiento se orienta esencialmente a evitar el fraude que pudiera significar el sometimiento formal a tratamiento deshabitador y abandonarlo inmediatamente después de la celebración del juicio oral y posterior sentencia. El precepto exige la finalización con éxito del tratamiento, por lo que debería descartarse la apreciación de la circunstancia cuando se acreditase una situación de recaída del usuario en el momento del enjuiciamiento.

Aquí es donde la mujer con dependencia a las drogas va a encontrar mayores dificultades para poder acogerse a este beneficio. Tal y como hemos comentado anteriormente, las mujeres tienen más problemas a la hora de iniciar un tratamiento, encuentran menos apoyos, y de ahí que se observen más casos de abandono y recaídas en la adicción. A la vista de estos problemas, la aplicación de esta circunstancia recogida en el art. 376 Cp va a encontrar muchos más obstáculos cuando se trata de mujeres.

Estas cuestiones se ven agravadas por las dificultades probatorias de la finalización con éxito del tratamiento. Y es que, como apuntan Valle y Fernández (2004: 1922), en esta materia nos movemos en el ámbito de los llamados “juicios rápidos”, con unos límites temporales que dificultarán enormemente el hecho de que un usuario de drogas pueda terminar el tratamiento con los resultados exigidos. En palabras de estos autores “*uno de los principales destinatarios de la atenuación sería en principio, a la vista del espíritu del precepto, este grupo de infractores, que, sin embargo, en no pocas ocasiones serán enjuiciados por la vía del procedimiento rápido, lo que parece que en la práctica ya les descartaba como preceptores del beneficio*”.

Por otro lado, Valle y Fernández (2004: 1923) consideran que no debería descartarse la apreciación de este beneficio cuando, una vez constatada la drogodependencia en el momento de la comisión del delito, el sujeto haya conseguido el objetivo deshabitador sin el seguimiento de un programa institucional, siempre que pueda acreditarse a través de una prueba válida la efectiva rehabilitación del consumidor.

A pesar de esta última apreciación, y a la vista de los elementos que conforman esta circunstancia, la aplicación práctica de este precepto parece encontrar muchos obstáculos para que pueda conformarse como un beneficio real para el consumidor de drogas, y muy en especial para las mujeres con consumos problemáticos.

14. PROPUESTAS PARA ABORDAR EL FENÓMENO SOCIAL DE LAS DROGAS EN EL COLECTIVO FEMENINO

Un objetivo fundamental en el tratamiento de la adicción es ofrecer la posibilidad de reducir las dificultades con las que se encuentran las mujeres usuarias de drogas cuando abordan el proceso de cambio desde una conducta dependiente a una conducta normalizada. En esta línea, Llopis y Rebollida (2001: 161) consideran que un buen trabajo de apoyo e intervención psicosocial es esencial en el tratamiento de la adicción para poder superar la falta de identificación de estas personas *“el vacío interior y la extrañeza que les rodea cuando dejan de tomar drogas las sitúa ante una gran contradicción, no pertenecen al mundo de los que no se drogan pero tampoco pueden volver al mundo de los que sí lo hacen”*.

Como ya indicamos anteriormente, el tratamiento diferencial entre hombres y mujeres en el caso de las drogodependencias es casi inexistente. Según Morata, los estudios sobre drogas carecen de un enfoque de género que recoja la diferente evolución de las mujeres, sus características intrínsecas. Se echa en falta el fomento de la investigación y una política preventiva desde una perspectiva de género (Morata, 2004).

Los problemas de las mujeres consumidoras requieren de una explicación desde su propio marco de referencia. Debiendo ser abordado desde distintas dimensiones (Opción, 2004: 5). En opinión de Merino, las mujeres toxicodependientes son vistas cada vez más como una población que requiere un alto nivel de atención especializada y apoyo (Merino, 2001: 62).

Asimismo, se hace imprescindible que los programas de prevención de drogas sean revisados, y se permita crear programas de rehabilitación y apoyo adecuados para estas mujeres (Opción, 2004: 21).

Urbano y Arostegi (2004: 61) apuntan la necesidad de establecer tratamientos diferenciales en función del género. No tanto desarrollar tratamientos específicos para mujeres, sino admitir en ellos el hecho diferencial, las características diferentes de unos y otras y su abordaje, teniendo en cuenta los aspectos de vulnerabilidad personal y social.

Para el trabajo con mujeres hace falta también el diseño de materiales apropiados y específicos tanto de promoción como de educación. Igualmente debe motivarse trabajar con los varones, por la sencilla razón de que “género” implica la relación entre ambos sexos (Opción, 2004: 39).

Es necesario trabajar con el fin de que los cambios que se buscan hacia una mujer más autónoma, más responsable con mejores niveles de educación e ingresos, con una noción más justa de sus interdependencias con el hombre, no creen un desajuste en sus estilos de vida adquiriendo mayores niveles de adicción (Opción, 2004: 38).

Según Urbano y Arostegi (2004: 52), existen aspectos que se deberían trabajar de forma específica cuando se abordan los consumos problemáticos de mujeres: control de impulsos, habilidades sociales, feminidad, estigmatizaciones relacionadas con el sexo y el género, embarazo, lactancia, maternidad, codependencia y bidependencia.

Es importante, como señala Stocco (2001: 97), para superar los obstáculos antes señalados en el caso de las mujeres que presentan consumos problemáticos y con hijos, que se sensibilice a los servicios de asistencia ante esta situación de tutela de los menores.

Se trata de abrir algunas vías de reflexión que posibiliten un cambio de actitud entre los profesionales y que esto permita la introducción de nuevos modelos de tratamiento en los programas actuales (Urbano; Arostegi, 2004: 9).

Según Palacios (2001: 262), para un abordaje eficaz de la adicción femenina es preciso tener en cuenta ciertos parámetros que van a definir la figura del terapeuta, como elemento fundamental en el proceso terapéutico. En la figura del terapeuta pueden pesar prejuicios o actitudes frente a la mujer adicta, posicionamientos negativos que van a conferir a la labor terapéutica una imagen perjudicial. En opinión de este autor, el simple hecho de conseguir despejar los prejuicios que cada terapeuta pueda albergar, ya supone una garantía de éxito para el proceso terapéutico.

El V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2004-2008, en las líneas prioritarias de actuación propuestas por la Comisión Técnica de Prevención, se centra en impulsar la efectiva incorporación de la perspectiva de género en la elaboración, desarrollo y evaluación de planes, programas y proyectos preventivos impulsando, por un lado, la adecuación de las estadísticas y estudios de modo que se puedan conocer las diferentes necesidades de mujeres y hombres y, por otro, la capacitación de las y los profesionales implicados, a través de su formación y de la creación y difusión de herramientas metodológicas que faciliten la incorporación de la perspectiva de género a su labor.

Asimismo, una cuestión esencial para el éxito del tratamiento de las adicciones es contar con personas de apoyo. En opinión de Urbano y Arostegi (2004: 109), una buena red de apoyo es uno de los elementos que influye a la hora de apostar por el éxito en el tratamiento de deshabituación. La familia, si está disponible, los amigos u otras personas que acompañen a las personas en la rehabilitación constituyen los pilares sobre los que se asienta el proceso terapéutico, junto con la motivación del propio afectado.

Lo que se pretende es poner de manifiesto la necesidad de un enfoque holístico, que incluya aspectos que en general no suelen ser suficientemente considerados al tratar la cuestión del uso de drogas desde el colectivo femenino: aspectos relacionales y contextuales (en los que se debe incluir el enfoque de género). Es preciso desarrollar instancias de capacitación para la formación de profesionales que trabajan en el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación, ya que según sea el modo de pensar la problemática de las mujeres resultarán distintas acciones en el plano de la prevención y el tratamiento. *“Los espacios terapéuticos específicos resultan un instrumento válido para fortalecer sus recursos, aumentar su valoración personal y sostener contextos confiables, en los que circule la ética del respeto por las diferencias y no la lógica de la discriminación”* (Opción, 2004: 38).

PARTE IV

CONCLUSIONES

– En los últimos años se han realizado gran cantidad de estudios sobre comorbilidad. Sin embargo, los resultados varían significativamente, dependiendo de la disponibilidad y la selección de la población, los métodos de muestreo, las técnicas y la competencia de diagnóstico, la validez y la fiabilidad de los instrumentos de diagnóstico empleados y el período de estudio.

– Urge llevar a cabo investigaciones que superen las limitaciones expuestas en el punto anterior para poder conocer mejor la realidad a la que nos enfrentamos. Un consenso en los criterios metodológicos podría ayudar en gran medida a subsanar la mayoría de las deficiencias planteadas.

– La comorbilidad no es un fenómeno nuevo, si bien, se observa un aumento de los casos, entre otras cuestiones porque se está estudiando a la luz de la metodología psicopatológica actual. Este fenómeno requiere de una formación continua tanto de los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias como de los profesionales de la salud mental. La formación debe hacerse extensiva a las personas que trabajan en las prisiones para poder disponer de más recursos a la hora de tratar con personas diagnosticadas de comorbilidad.

– Las personas con trastornos mentales presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de drogas y, a su vez, las personas con trastornos por uso de drogas presentan un riesgo elevado de desarrollar otros trastornos psiquiátricos.

– La comorbilidad se caracteriza generalmente por una mayor dificultad en el diagnóstico, en el tratamiento y por un peor pronóstico. Como consecuencia, existe una mayor probabilidad de frecuentar los servicios de urgencia, inestabilidad familiar, marginación social y mayor presencia de conductas violentas. Las personas diagnosticadas de comorbilidad son altamente vulnerables y, por tanto, necesitan un mayor número de recursos para poder responder a sus necesidades.

– Un diagnóstico precoz tiene una gran importancia para implementar un plan terapéutico con diferentes pronósticos según el tipo de trastorno dual, patología dual o comorbilidad. Los efectos de un diagnóstico precoz, también tienen consecuencias en otros contextos sociales, judiciales y penitenciarios.

– Las mujeres usuarias de drogas se configuran como un colectivo altamente vulnerable. Las circunstancias que concurren en el consumo y abuso de drogas configuran un marco problemático, que conduce en ocasiones a la marginación y situaciones de exclusión social.

– A pesar de ello, nos encontramos ante una menor atención y desarrollo de los estudios sobre este tema, donde la perspectiva de género no parece configurarse como un especial foco de atención. La investigación en este campo no se ha desarrollado al mismo nivel que en el caso de los varones en la misma situación. A pesar de que, a la luz de la producción literaria, se comienza a dar un mayor protagonismo a las mujeres, no podemos considerar que se haya hecho un esfuerzo claro por desarrollar trabajos que faciliten un abordaje integral. No cabe duda de que la literatura en este sentido reclama una mayor atención, para poder desarrollar estudios que se aproximen a esta materia en profundidad, y así avanzar posteriormente en el abordaje de esta problemática con la suficiente información para poder elaborar las herramientas adecuadas de cara a su superación.

– Cuando abordamos la cuestión del consumo de drogas por parte de las mujeres debemos tener en cuenta la perspectiva de género, ya que existen cuestiones de vulnerabilidad social que afectan de forma diferente, dependiendo del género de las personas.

– Existen notables diferencias entre hombres y mujeres en relación con el consumo de drogas referidas tanto al tipo de sustancias, cantidades y patrones de consumo,

como a sus causas y consecuencias. Sin embargo, en los últimos años se constata una nueva tendencia en la que el consumo entre las mujeres se aproxima e iguala a los varones.

– La situación de especial vulnerabilidad de la mujer usuaria de drogas se refleja no sólo en una mayor indefensión frente a la población en general, donde la mujer “juega en desventaja”, sino frente a otras mujeres no usuarias. Nos encontramos ante el “doble rechazo”: ser mujer y usuaria de drogas. Esto afecta a distintos aspectos de su imagen interna y externa.

– La percepción social de la mujer usuaria de drogas lleva a un mayor rechazo de estas personas. La visibilidad social de la mujer consumidora, o al menos la adicta, responde al estereotipo de “mujer fracasada”. Se estigmatiza a las mujeres que consumen, generando en ellas sentimientos de culpa y vergüenza, acentuando así su situación de discriminación.

– La mujer consumidora de drogas se enfrenta además a situaciones que pueden agravar su especial situación de vulnerabilidad: la prostitución, las enfermedades de transmisión sexual, SIDA, embarazos no deseados, maltrato, etc., circunstancias que van unidas a un rechazo social que se manifiesta en una abierta estigmatización hacia este colectivo.

– El colectivo de mujeres usuarias de drogas representa, por los riesgos para la maternidad, un tipo de trasgresión socialmente inaceptable. A eso hay que añadir que la presencia de hijos puede dificultar el cumplimiento de determinados tratamientos.

– El maltrato en el caso de las mujeres usuarias de drogas es un problema con una doble vertiente: las adicciones predisponen a la violencia y el maltrato predispone a la adicción de la víctima. Una de las expresiones más evidentes de la discriminación que padecen las mujeres usuarias de drogas, y que puede endurecer el problema del maltrato, lo encontramos en relación a los recursos de alojamiento que las instituciones ponen a disposición de las mujeres víctimas de la violencia. En el caso de los pisos de acogida, cuando las mujeres toxicómanas son víctimas de una situación de abuso y malos tratos no pueden acceder a estos recursos.

– Podemos constatar una enorme complejidad en las situaciones de violencia, al añadir la problemática que caracteriza a las adicciones, donde en la actualidad no se encuentran respuestas ni simples ni unánimes aplicables a todos los casos.

– La patología dual que se presentan en algunos consumidores de drogas muestra una serie de especificidades en función del género. La presencia de psicopatologías entre las mujeres usuarias de drogas es notablemente mayor que en los estudios de adictos varones.

– Desde la perspectiva de género, se puede afirmar que aparecen más relaciones de codependencia y bidependencia entre las mujeres que entre los varones. La relación de codependencia implica un factor de riesgo añadido en el proceso de tratamiento.

– La evolución de la toxicomanía en la mujer da lugar a diferencias notables que se reflejan tanto a la hora de acceder a los programas de tratamiento como en los resultados del mismo. Las mujeres con problemas de drogas están subrepresentadas, lo que lleva a que los centros con programas específicos para mujeres sean muy escasos y si

los tienen, lo hacen con un modelo para varones. La subrepresentación de las mujeres adictas en los centros se debe a las dificultades que obstaculizan su demanda de tratamiento: existencia de cargas familiares, la percepción de no ser consideradas en los tratamientos, el temor a la pérdida de los hijos, o el abandono por parte de sus parejas. Estas mismas cuestiones pueden originar el abandono del proceso terapéutico.

– En los programas actuales de intervención se reclaman medidas de prevención, protocolo y tratamiento específicos para mujeres, ya que el contexto del tratamiento también puede generar situaciones de inseguridad para las mujeres.

– A la hora de abordar la cuestión de los consumos de drogas por parte del colectivo femenino, hay que añadir que las mujeres marginadas se encuentran a menudo en peores condiciones. Las mujeres presentan un nivel menor de alfabetización y acceso a la educación, más pobreza y desempleo, menos ingresos y oportunidades económicas. En general encuentran peor ambiente legal, menos respuestas políticas eficaces y menor protección de sus derechos humanos. Se observa una vez más la doble sanción que padecen.

– La subrepresentación de las mujeres en los programas de tratamiento, así como el abandono del proceso terapéutico, plantean grandes obstáculos para que puedan acogerse a los escasos beneficios que ofrece la legislación penal. Así, será de difícil aplicación en este colectivo el nuevo tipo penal privilegiado (artículo 376, párrafo 2º) contemplado tras la Reforma del Código penal por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, y que entró en vigor el 1 de octubre de 2004, en el que se contempla una notable reducción de la pena aplicable, que puede llegar hasta dos grados, y al que se pueden acoger en exclusiva los drogodependientes que hubieran cometido un delito de tráfico ilícito de drogas, o de precursores, siempre que se hubieran sometido con éxito a un tratamiento de desintoxicación, y la cantidad de las drogas objeto del delito no sea importante.

– Los problemas de las mujeres consumidoras requieren de una explicación desde su propio marco de referencia, debiendo ser abordados desde distintas dimensiones. Se trata de una población que requiere un alto nivel de atención especializada y apoyo, lo que hace imprescindible que los programas de prevención de drogas sean revisados, admitiendo en ellos el hecho diferencial, teniendo en cuenta los aspectos de vulnerabilidad personal y social de este colectivo. Es imprescindible poner de manifiesto la necesidad de un enfoque holístico, que incluya aspectos que en general no suelen ser suficientemente considerados al tratar la cuestión del uso de drogas desde el colectivo femenino, es decir, aspectos relacionales y contextuales, en los que se debe incluir el enfoque de género. Es preciso desarrollar instancias de capacitación para la formación de profesionales que trabajan en el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación, ya que según sea el modo de pensar la problemática de las mujeres resultarán distintas acciones en el plano de la prevención y el tratamiento.

V. BIBLIOGRAFÍA

AA.VV.: "Editorial", *Psiquiatría pública* 6, Vol. 10. [en línea] Noviembre-diciembre 1998 [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf106/106revis.pdf>

AZAOLA, E. (1998): "Nuevas tendencias de la criminalidad femenina", *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región Andina*, Caracas, Nueva Sociedad, 35-47.

- BARAIAZARRA, J.; ESCOBAR, M.J.; OMAGOGEASKOA, J.L. (2004): "La patología dual en la enfermedad mental crónica". Hospital de Bermeo.
- BERTHEL, T. (2003): "Psychiatrische Komorbidität". En Beubler, E.; Haltmayer, H; Springer, A. (eds.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Viena: Springer.
- BONÉ PINA, J. F.: "Breve síntesis sobre la reforma del Código penal de 1995 por Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre", *Asociación de Fiscales. Novedades Legislativas* [en línea] diciembre 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.asoc-fiscales.org/nlegisla.html?sec=nlegisla&id=11>
- CANTERO, F.; ROMERO, C.; AMORÓS, D.; SÁNCHEZ, J.E.; SORIA, V.; BERTOLÍN, J.M.: "Diferencias de género en los trastornos adictivos", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer* [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/primersymposium/cantero.htm>
- COMAS, D.; GARCÍA, E.; RONDÁN, G. (1996): "Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992): *Revista Adicciones* 8 (1), 75-89.
- CREIXELL SUREDA, J.: "Etiopatogenia cruzada entre adicción y maltrato", *II Symposium Nacional sobre tratamiento de adicción en la mujer, 13 y 14 de diciembre 2002* [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/Joan%20Creixell.htm>
- ETORRE, E. (1998): *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?*, Barcelona, Narcea.
- FRANCIA, L. (1998): "Problemas que enfrenta la mujer en el proceso de criminalización", *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región Andina*, Caracas, Nueva Sociedad, 49-62.
- FRIDELL, M. (1991): Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10, Centralförbundet för alcohol - och narkotikaupplysning (CAN). Estocolmo.
- FRIDELL, M. (1996): "Psykis störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare". *SoS - rapport* 14.
- GARCÍA DEL CASTILLO RODRÍGUEZ, J. A. (2003): *Drogas y género*, Zaguán nº 22.
- HENDERSON, S. (1999): "Drugs and culture: the question of gender", *Drugs: cultures, controls & everyday life*, South, N. London: Sage.
- KHANTZIAN, E.J. (1999): "La hipótesis de la automedicación en drogodependencias: un punto de partida para reducir los riesgos". En *Las Drogas a Debate: Ética y Programas de Sustitución*. Madrid: Doce Calles, 30-51.
- KRAUSZ, M. (1996): "Old problems - New perspectives". *European Addiction Research* 5, 1-2.
- LLOPIS, J.J.; REBOLLIDA, M. (2001): "Clínica de la adicción a opiáceos en la mujer", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 155-172.
- MARKEZ, I.; POO, M. (2002): "Discursos y políticas de intervención sobre drogas y drogodependencias", *Drogas. Qué política para qué prevención*, en VEGA, A. (coord.), San Sebastián. Gakoa, 63-85.
- MÉDICOS DEL MUNDO: *VI Informe de Exclusión social 2001*, [en línea] 2001 [citado octubre 2003]. Disponible en World Wide Web: <http://www.medicosdelmundo.org/NSTR/NSTRPu/pagina/cuartomundo.pdf>

- MEGÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J.; ROMANÍ, O. (2001): *La percepción social de los problemas de drogas en España*, (2ª edición), FAD, Madrid.
- MENDELSON, E.F. (1992): "A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal of Psychiatry* 160: 769-776.
- MENESES FALCÓN, C.: "Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas", *II Symposium Nacional sobre tratamiento de adicción en la mujer*, 13 y 14 de diciembre 2002 [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/Carmen%20Meneses.htm>
- MERINO, P. P. (2001): "Mujeres toxicodependientes en la Unión Europea", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 57-63.
- MINOLETTI, A.: "Redes de servicios terapéuticos para Patología dual", *Revista Era Adicciones*, [en línea] 2000 [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.ericaciones.org/Revista/numero1/dual.html>
- MOLINA, B. San (2003): *Consenso. Patología dual*. Barcelona: Ars medica.
- MORATA, M.: *Mujer y drogas*, [en línea] 2004 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.webmujeractual.com/noticias/mujerdrogas.htm>
- MOREL, A. (1999): "Troubles psychiatriques associes à la toxicomanie". *Interventions* 72, 35-40.
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS: *Informe Anual 2004*, [en línea] 2004 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2004-es.pdf>
- OCHOA, E. (2001): «Uso de antipsicóticos en drogodependientes». *Actas Esp. Psiquiatr.* 29 (3), 172 y ss.
- OLMO, R. del (1998a): *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región Andina*, Caracas, Nueva Sociedad.
- (1998b): "Drogas: inquietudes e interrogantes", *Textos para su estudio*, 4, Caracas, Fundación José Félix Ribas (CEDIF).
- OMS (1995): *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra: OMS.
- OPCIÓN (Corporación Peruana para la Prevención de la Problemática de las Drogas y la Niñez en Alto Riesgo Social): *Mujer, gestación y drogas*, [en línea] 2004 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: http://www.opcionperu.org.pe/Web_OpcionPeru/Descarga/mujerydrogas.pdf
- ORTE, C. (2001): "Sexualidad En la mujer adicta", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 29-40.
- ORTÍZ LOBO, A.: "Esquizofrenia y consumo de drogas", *Psiquiatría pública* 6, Vol. 10. [en línea] Noviembre-diciembre 1998 [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf106/106revis.pdf>
- PALACIOS, L. (2001): "Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 258-277.
- PATO RODRÍGUEZ, E. (2003): "Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. Principado de Asturias". En *La Atención a la salud mental de la población*

- reclusa, coord. M. Hernández y R. Herrera. Madrid: Asociación Española de Neuro-psiquiatría, 91-103.
- PRAT PÉREZ, C. (2001): "Aspectos Diferenciales en el perfil de las personal por las que se solicita información por consumo de drogas en el servicio 900FAD, según género", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 65-72.
- QUINTERO OLIVARES, G. (dir.); MORALES PRATS, F. (coord.) (2004): *Comentarios al Nuevo Código Penal*, (3ª edición), Aranzadi, Navarra.
- REGO, S.: "Cantabria estrena una unidad de patología dual", *Diario Médico.com* [en línea] 2002 [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,114525,00.html>
- REKALDE, A.; VILCHES, C.: *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV*, [en línea] diciembre 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.gizartegaiak.ej-gv.net/GizarteGaiakContenidos/pdf/DROGAS-OCIO-PERSPECTIVA-GENERO-CAV.pdf>
- RODRIGUEZ, E. (2001): "Perspectivas de género en los problemas de droga y su impacto", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 23-27.
- RODRÍGUEZ DÍAZ, F.J.: "Maltrato físico y drogodependencia en la mujer: ¿Una relación a establecer?", *II Symposium Nacional sobre tratamiento de adicción en la mujer*, 13 y 14 de diciembre 2002 [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/Javier%20Rguez.htm>
- RONDÁN, G. (1999): "Aproximación al tratamiento a drogodependientes con trastornos mentales en Comunidad Terapéutica". *Congreso Comorbilidad Psiquiátrica y Drogodependencia. Lungo il confine*. Piacenza, 4-5 junio 1999.
- ROMO AVILÉS, N. (2001): *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*, Gakoa, Donostia.
- ROMO AVILÉS, N. (2004): "Perspectiva de género y gestión de riesgos asociados al uso de drogas recreativas", *VII Encuentros municipales sobre drogodependencias. Consumos recreativos juveniles de drogas ilegales*, Ayuntamiento de Bilbao, Bilbao, 77-90.
- RUBIO, G.: "No debemos disociar la patología mental de las drogodependencias", *Diario Médico.com* [en línea] 2000-a [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.diariomedico.com/entorno/ent090300combis.html>
- "Qué es la patología dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2, 74-76, [en línea] 2000-b [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.sesp.es/sesp/download/pdfseps/rev7/SP-003.pdf>
- RUIZ DE AZUA, N.; ZURBANO, D.; AGÚNDEZ, M.; LÓPEZ DE FORNODA, F.; MARTÍNEZ-ACHA, V.; BARCELÓ, F.; URTUBAI, M.; OCA, N.; PAGOLA, A. (2003): *Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV*, Ararteko, Vitoria.
- RUIZ, I. (2001): "Relaciones de pareja entre adictos", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 325-330.
- STOCCO, P. (2001): "Nuevas perspectivas de la prevención y de la intervención para las mujeres adictas a la droga en Europa", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 89-101.
- TORRE, M.; BALBOA, A.; AYESTA, F.J. (2001): "Situación de la mujer dependiente a heroína en Cantabria: análisis de los resultados del estudio de las pacientes en la última década", *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*, Madrid, Instituto Spiral, 383-393.

- URBANO ALJAMA, A.; AROSTEGI SANTAMARÍA, E. (2004): *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*, Universidad de Deusto, Bilbao.
- UCHTENHAGEN, U; ZEIGLGÄNSBERGER, W. (2000): *Suchtmedizin - Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. Munich: Urban & Fischer Verlag.
- VALLE MUÑIZ, J.M.; FERNÁNDEZ PALMA, R. (2004): “Comentario al artículo 376, párrafo segundo”, *Comentarios al Nuevo Código Penal*, (3ª edición), Aranzadi, Navarra.
- VERHEUL, R. (2001): “Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders”. *European Psychiatry* 16, 274-282.
- WHO (2004): *Guide to Mental Health Primary Care in Prison*. Royal Society of Medicine Press Limited. <http://www.prisonmentalhealth.org> (Consulta mayo 2004).

