

**UNIVERSIDAD DE DEUSTO**  
**PROGRAMA DE CCSS Y DE LA COMUNICACIÓN**



**VIOLENCIA EN POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE.**  
**UN ESTUDIO EXPLORATORIO, DESCRIPTIVO, RELACIONAL Y**  
**EXPLICATIVO DE LOS FACTORES IMPLICADOS**

**TESIS DOCTORAL**

**Presentada por: AURORA URBANO ALJAMA**

**Dirigida por:**

**Dra. María Teresa  
Laespada Martínez**

**Dra. Elisabete Arostegui  
Santamaría**

**Bilbao, 2017**



*“Había venido de tan lejos para realizar su sueño,  
que no podía fracasar en su intento de conseguirlo”*

*F. Scott Fitzgerald*

*A mis familias Urbano Gómez y Aljama Adamuz,*

*A Lola y Paco,  
mi madre y mi padre.*



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a mis directoras, M<sup>a</sup> Teresa Laespada y Elisabete Arostegui, por confiar antes que yo misma en la posibilidad de llevar a cabo este trabajo,

A Leire Gordo e Izaskun Sarabia, por las aportaciones prácticas más allá de lo esperado y a David Herrero y Mikel Montero por las especificidades técnicas,

A Rosario García, por su apoyo en un momento clave para seguir en el empeño,

Al Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad, por la ayuda económica para su puesta en marcha,

A los centros participantes en la captación de la muestra y a los y las usuarias de los mismos, por sobrevivir al cuestionario y por su ejemplo de resiliencia,

A Manu, mi pareja, por conseguir que sea, sin pretenderlo, buena parte de lo que hoy me siento.



## Índice

Presentación.....	1
<b>Primera Parte. Fundamentos teóricos y antecedentes</b>	
CAPÍTULO 1. DROGODEPENDENCIAS Y GÉNERO.....	5
1.1. Sistema sexo-género y la perspectiva de género.....	5
1.2. Perspectiva de género en los trastornos mentales incluidos los trastornos por consumo de sustancias.....	10
1.3. Perspectiva de género aplicada a las adicciones.....	16
1.4. Patología dual y género.....	19
1.5. Epidemiología y otros indicadores sobre el consumo de drogas en las mujeres.....	23
1.6. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la adicción en las mujeres.....	29
1.7. Consecuencias de la adicción a sustancias.....	37
1.8. Las mujeres drogodependientes en los tratamientos.....	40
CAPÍTULO 2. LA VIOLENCIA COMO SÍNTOMA.....	47
2.1. Definición y causas.....	47
2.2. Contextos y tipos de violencia.....	49
2.2.1. Violencias de género.....	50
2.2.2. Violencia de/en la pareja.....	51
2.2.3. Violencia familiar, intrafamiliar o doméstica.....	55
2.2.4. Maltrato infantil.....	58
2.3. Consecuencias de la violencia. Trauma y Trastorno por estrés post traumático.....	62
CAPÍTULO 3. RELACIONES ENTRE DROGAS Y VIOLENCIA.....	67
3.1. Historia y modelos explicativos.....	67
3.2. Consumo de drogas y violencia.....	69
<b>Segunda Parte. Investigación empírica</b>	
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	79
4.1. Antecedentes y punto de partida de la investigación.....	79
4.2. Objetivos.....	82
4.3. Hipótesis generales.....	83
4.4. Cuestionario.....	83
4.5. Universo y muestra.....	86
4.6. Recogida de datos.....	86



6.3.6.2.1. Maltrato Técnico padecido durante de la drogodependencia.....	182
6.3.6.2.2. Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia.....	186
6.3.6.3. Maltrato padecido durante el-los tratamientos.....	188
6.3.6.4. Otras situaciones problemáticas experimentadas antes y durante la drogodependencia.....	190
6.3.6.5. Participación activa en violencia o maltrato. Relación entre violencia padecida y violencia ejercida.....	195
6.3.6.6. Relación entre Presenciar violencia en la infancia y violencia ejercida.....	199
6.3.6.7. Relación entre Presenciar violencia en la infancia y violencia padecida.....	200
6.3.6.8. Relación entre Presenciar violencia en la infancia y la existencia de familiares con drogodependencia.....	204
6.3.6.9. Relación entre Presencia de violencia en la infancia y otras formas de violencia en diversos contextos y la salud.....	205
6.3.6.10. Relación entre Presencia de violencia en la infancia, Tiempo de evolución de la drogodependencia y número de tratamientos.....	211
6.3.6.11. Relación entre Presenciar violencia en la infancia y edad de inicio en el consumo de sustancias.....	213
6.3.6.12. Relación entre Presenciar violencia en la infancia y padecimiento de violencia declarada por grados.....	214
6.3.6.13. Relación entre nivel de autoestima y drogodependencia.....	216
6.3.7. Modelo explicativo de las relaciones entre violencia padecida y la drogodependencia.....	220
6.3.7.1. Introducción.....	220
6.3.7.2. Objetivos.....	220
6.3.7.3. Modelo explicativo del padecimiento de violencia en población drogodependiente.....	220
6.4. Resumen de resultados.....	229
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES.....	241
7.1. Significados de los consumos de drogas, respuesta al tratamiento y su relación con la violencia padecida y ejercida en hombres y mujeres adictas a sustancias. Un estudio cualitativo.....	241
7.2. Relaciones entre la adicción a sustancias y la violencia padecida y la violencia ejercida en hombres y mujeres drogodependientes. Un estudio cuantitativo.....	247
7.3. Conclusiones generales.....	262
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	263

ANEXOS.....	297
ANEXO 1. Cuestionario.....	298
ANEXO 2. Cálculo de la muestra.....	311
ANEXO 3. Índice de Tablas y Gráficos.....	312

## Presentación

Las drogodependencias son un problema de salud serio, crónico y recurrente para hombres y mujeres de todas las edades y condiciones sociales (Connors, Maisto y Donovan, 1996; Gómez Garvía, 2015; Milkman, Weiner y Sunderwirth, 1984). Como toda conducta humana, está determinada por múltiples factores bio-psico-socio-culturales que interactúan entre sí, siendo la diversidad de estos factores la norma general en la mayoría de las conductas adictivas (Igra y Irwin, 1996; Hidalgo y Redondo, 2005).

A pesar de esa variabilidad de circunstancias que acompañan a la enfermedad, tanto la visión de esta problemática como la respuesta institucional ofrecida han estado hasta las últimas décadas generalmente orientadas al colectivo masculino (Prather y Fidell, 1978; ONUDD, 2005). Aunque la literatura científica sobre adicciones está posibilitando un conocimiento más real y exacto de la situación personal, familiar y social de hombres y mujeres adictas, es la inclusión de la perspectiva de género aplicada a las drogodependencias lo que va permitiendo introducir nuevos indicadores y variables hasta ahora no contemplados e incorporar nuevas visiones a las rígidas realidades asistenciales, a las lagunas teóricas y a aspectos sociológicos y clínicos no contemplados hasta ese momento (Llopis, Castillo, Rebolledo y Stocco, 2005; Castaños y Palop, 2007; Romo 2005a; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). La perspectiva de género contribuye al conocimiento de factores no detectados que influyen en el inicio del consumo de sustancias, los relativos a las consecuencias de dichos consumos para ambos sexos, las repercusiones personales, familiares y sociales de sufrir una adicción, así como a la recogida y registro de los datos sobre los que posteriormente se diseñan acciones e implantan programas.

En consonancia con los estudios que introducen el análisis de género en las drogodependencias y con el propósito ampliar el conocimiento de la relación entre la adicción y uno de los aspectos más relacionados con ella, la violencia ejercida y experimentada como factor de riesgo (Chait y Zulaica, 2005; Morales y Espada, 2016; Altell, Martí y Missé, 2016; FARAPI, 2007; Mignone, Klostermann y Chen, 2009; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart y Feehan, 2001; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart, Feehan, 2005; Smith, Homish, Leonard y Cornelius, 2012; Salom, Williams, Najman y Alati, 2015; Mattson y Pietz 2015) el objetivo general de este estudio es visualizar mediante técnicas cualitativas y cuantitativas de tratamiento de la información, la relación existente entre adicción a sustancias y violencia en mujeres y hombres drogodependientes.

En la actualidad, la conexión entre ambas variables es compleja y escasamente concluyente debido entre otras a las siguientes razones:

1. Casi ausencia de estudios sobre el efecto de los diversos tipos de sustancias y el abuso de las mismas en las conductas violentas, a excepción del alcohol y otros estimulantes como la cocaína que sí se han asociado a comportamientos violentos (Ferrer, Bosch, García, Manassero y Gili, 2004; Weinsheimer, Schermer, Malcoe, Balduf y Bloomfield, 2005; Chérrez-Bermejo y Alás-Brun, 2014).
2. Por la compleja relación entre ambas variables, ya que están interrelacionadas en su dimensión espaciotemporal, a veces unidas secuencialmente (una como consecuencia la otra, sin importar el orden) y otras confluyendo temporalmente (FARAPI, 2007; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014; Clark, Reiland, Thorne y Cropsey, 2014).

3. Y también, porque ha sido posible constatar la existencia de factores de riesgo comunes para el desarrollo de ambas conductas, sin embargo, faltan modelos teóricos y conceptuales concluyentes para explicar por qué se produce la violencia, por qué la adicción a sustancias y, en el caso de existir, la concurrencia de ambas (De la Peña, 2010).

Estudios cualitativos han puesto de relieve que: 1. En grupos poblacionales con conductas violentas existe el consumo-abuso de sustancias (Castillo, García, Almanza, Maldonado, Facundo y Castillo, 2011; Musayón y Caufield, 2005; Berenzón, Galván, Saavedra, Bernal, Mellor-Crummey y Tiburcio, 2014) y, 2. Que en población drogodependiente surge con relativa frecuencia comportamientos violentos (Moya, Zurián, Navarro, Caramés, Duato y Saiz, 2008; Moya, Zurián, Caramés, Navarro y Mosterin, 2008; Macy, Renz y Pelino, 2013). Sin embargo, son escasas aún las redes de asistencia que prestan una atención integral y que contemplan ambas problemáticas. Los-as profesionales reclaman para ello formación en género y un cambio de estrategia en la atención a estas personas (Martínez, 2010).

Los estudios descriptivos temporales y geográficos de ambos fenómenos han mostrado las frecuencias, incidencias y prevalencias de ambas circunstancias. (Stuart, O'Farrell y Temple, 2009; Llopis et al., 2005; Domínguez y García, 2016; Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi 2012). En los estudios relacionales revisados se ha encontrado asociación entre violencia y adicción a sustancias, y se evalúa y cuantifica la coincidencia entre ambos fenómenos (Amor, Bohórquez, Del Corral y Oria, 2012; Weaver, Gilbert, El-Bassel, Resnick y Noursi, 2015).

A pesar de la existencia de numerosos estudios que apoyan la asociación entre ambas variables, (Mason y O'rinn, 2014; Murphy y Ting, 2010; Thomas, Bennett y Stoops, 2013; Timko, Valenstein, Lin, Moos, Stuart y Cronkite, 2012; Fals-Stewart y Kennedy, 2005), no se ha obtenido suficiente evidencia empírica que dé un carácter explicativo específico entre ambas conductas. La multifactorialidad de ambos fenómenos nos obliga a considerar los distintos enfoques teóricos multidisciplinares que los han estudiado y a seguir profundizando en el conocimiento de las causas y factores relacionados con los mismos.

Siguiendo una línea de investigación iniciada en 2003 dedicada al conocimiento de los factores que acompañan al inicio, mantenimiento y mejor tratamiento de las drogodependencias en general y en las mujeres drogodependientes en particular, estudios exploratorios y descriptivos previos (Arostegui y Urbano, 2004; Arostegui, Fernández, Laespada, Sanz y Urbano, 2008; Urbano, 2008; Urbano 2010) han mostrado la existencia de episodios y experiencias de violencia y maltrato en mujeres drogodependientes. Esta problemática no es detectada fácilmente por las dificultades de diagnóstico, por resistencias de los-as usuarias a hablar de ellas o a reconocerlas en su propia historia, por la aún escasa perspectiva de género existente en las drogodependencias y en sus tratamientos.

A la luz de estos estudios surgieron nuevas inquietudes y líneas de trabajo futuras. El estudio presente viene a seguir profundizando en esta realidad y algunos de sus interrogantes son: conocer la frecuencia con la que los hombres y mujeres drogodependientes han experimentado experiencias de maltrato y/o abusos y/o violencia, conocer si existen diferencias entre las experiencias de maltrato y/o abuso sufridas por los hombres y las de las mujeres drogodependientes, y si las hubiera, de qué tipo son éstas, si las experiencias de maltrato y/o abuso y/o violencia experimentadas antes del consumo de drogas, se repiten durante la etapa de consumo y durante los tratamientos, de qué tipo han sido éstas experiencias, si las mismas influyen en el curso de la enfermedad y, si fuera posible, realizar un modelo explicativo del padecimiento de la violencia en población drogodependiente. En concreto, se trata de descubrir las prevalencias

de la concurrencia de ambas problemáticas (adicción a sustancias y violencia) en personas drogodependientes en tratamiento e indagar de qué tipo ha sido ésta (físico, psicológico, estructural, económico y/o espiritual o moral), en qué momento de su trayectoria vital ha ocurrido, conocer qué diferencias existen entre hombres y mujeres ante estas circunstancias, con el objetivo último de seguir contribuyendo con este conocimiento al ajuste de los programas de tratamiento a las necesidades específicas y reales de las personas que los demandan.

El estudio que se presenta está diseñado, organizado y realizado en dos abordajes, el primero con una metodología cualitativa y el segundo, cuantitativa. El primero de ellos permitió una aproximación exploratoria a los principales temas de interés: las experiencias de violencia que las 227 personas participantes declararon haber padecido, las motivaciones para iniciarse en los consumos de drogas y las razones que ofrecen para acudir a los tratamientos y su relación con estas vivencias. Esta parte se creó con una escucha de sus relatos, los cuales reflejaron escenarios y hechos con una importante carga emocional. En el segundo de ellos se demostró mediante procedimientos estadísticos, lo evidenciado en el estudio cualitativo además de otras cuestiones de interés, como fueron la relación de las experiencias de violencia sufridas en la infancia con el padecimiento de violencia en momentos posteriores, antes o durante la drogodependencia y durante los tratamientos, con el curso y evolución de la drogodependencia y con el nivel de autoestima que presentaba en el momento del estudio los hombres y las mujeres participantes. Además se propone un modelo explicativo de la relación entre drogodependencia y violencia en población drogodependiente.

En su conjunto, esta investigación profundiza en el tipo y grado de violencia que la población drogodependiente en tratamiento ha experimentado y ejercido y su relación con la evolución de la drogodependencia. Se han analizado las diferencias de las variables seleccionadas por sexo como paso previo obligado antes de intentar una interpretación de tales diferencias desde una perspectiva de género, la cual como categoría analítica (Scott, 1986; Lagarde, 1996; Esteban, 2003) iniciada en y desde el feminismo, sigue siendo un proceso crítico reflexivo en constante construcción (Amorós, 2009). Los resultados y conclusiones que se muestran podrían permitir seguir descubriendo, señalando y desmontando las desigualdades de género existentes en los tratamientos y realizar una labor más ajustada a los problemas y necesidades de las mujeres que a ellos acuden.

La fundamentación teórica plantea un repaso a las visiones que se han aportado con perspectiva de género al campo de las drogodependencias y una conceptualización de los términos, conceptos y teorías más importantes que se han encontrado sobre el estudio de la relación y confluencia entre ambas problemáticas.



## **PRIMERA PARTE. FUNDAMENTOS TEÓRICOS y ANTECEDENTES**

### **CAPÍTULO 1. DROGODEPENDENCIAS Y GÉNERO**

Este capítulo primero está estructurado de tal forma que permite, en primer lugar, ofrecer una visión del sistema sexo-género en los trastornos mentales en general y los trastornos por consumo de sustancias en particular; en segundo lugar orientará sobre diversos indicadores relacionados con el consumo de drogas en las mujeres; en tercero presentará un resumen de los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la adicción femenina junto con las consecuencias específicas que les genera la adicción y, para concluir, se discutirá sobre la situación de las mujeres drogodependientes en los recursos de tratamiento.

#### **1.1. Sistema sexo-género y la perspectiva de género**

Originariamente el término 'género' fue propuesto por John Money y Robert Stoller en los años 50 para definir, en contradicción o no con el sexo corporal asignado al nacer, cómo se llega a construir una identidad sexual en las personas intersexuales (Money y Ehrhardt, 1955; Stoller, 1964). Posteriormente la antropóloga Gayle Rubin definió por primera vez el sistema de sexo-género como "el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (Rubin 1975, p. 159).

El concepto de género que se asume en esta tesis es el propuesto por Joan W. Scott (1986). Esta historiadora entiende el género como una categoría de análisis y lo define, en primer lugar, como "un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos" (p. 44) y que comprende cuatro elementos interrelacionados entre sí: 1. Los símbolos y mitos que evocan representaciones disponibles culturalmente, 2. Conceptos normativos que proponen los significados a los símbolos y mitos con el objetivo de enmarcar sus posibilidades interpretativas (propuestos por la religión y otras doctrinas educativas, legales, políticas, y científicas que subrayan dogmática y fielmente lo que es ser hombre y mujer, masculino y femenino), 3. Las instituciones sociales que perpetúan las relaciones de género: el marco familiar, el mercado de trabajo productivo-reproductivo dividido por sexos, organizaciones educativas y políticas, etc. 4. La identidad, entendida desde un punto de vista subjetivo, aunque señalando otras formas de construcción de identidad genéricas en los grupos. En segundo lugar, Scott también define el género como una forma inicial del establecimiento de las "relaciones significantes de poder" (p. 47), señalando que el género es la base para el establecimiento de las relaciones de poder y, aunque no es la única, prevalece y persiste en las tradiciones occidental, judeocristiana e islámica.

Los cuatro elementos descritos por Scott sostienen la estructura social denominada sistema patriarcal, propia de la cultura occidental y religiones monoteístas, que perpetúa a los varones en una posición de poder y autoridad sobre las mujeres, a la par que justifica la violencia hacia ellas si no cumplen con las expectativas impuestas configuradas mediante los estereotipos de género (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006).

El sistema patriarcal intenta recoger de estas religiones las preguntas existenciales que todos los seres humanos deben tratar de responder al menos una vez en la vida para cumplir sus ciclos vitales (De la Torre, 2010; Rivera, 2015). Los pilares de los discursos que surgen desde este sistema patriarcal están enmarcados dentro de estructuras con ejes-clave basadas en relaciones verticales. Las estructuras mantienen dualidades: lo divino y lo humano, Dios-hombre, hombre-mujer, deseo-razón, naturaleza-cultura, definición individualista-sometimiento, etc., que están encadenadas entre sí en una relación de inversión, en la que la afirmación y el triunfo de una de las partes significa el debilitamiento o la derrota de la otra. Es decir, existe una relación jerárquica desigual y fatalmente conflictiva que programa la interacción de todos los elementos existentes. El interés en el mantenimiento de esta situación es el sostén del estatus-quo y de quienes lo definen (Sabbah, 2000).

La forma en la que se mantiene este estatus-quo es mediante el sostenimiento de las relaciones asimétricas, las cuales conforman y legitiman las raíces de la violencia contra las mujeres (Bourdieu, 2000).

Pallarés Domínguez (2011) sugiere que un trinomio clave en el origen y desarrollo del patriarcado es “el formado por el sexo, el miedo y la violencia por parte del varón-hombre” (p. 33). En su afán de control y poder el patriarcado ha creado una jerarquía de dominio en base a la violencia, en la que el varón hombre heterosexual está en la cúspide.

El término género constituye un nuevo marco de referencia que sirve a la teoría feminista para reconsiderar y re-articular la evidencia con la que nuestra cultura atribuye un determinado lugar social a los hombres y las mujeres mediante la identidad que otorgan las características del sexo biológico. Siguiendo a Dolores Sánchez (2003), el significado de lo que es ser hombre y ser mujer, en función de su nacimiento como macho o hembra, limitaba todas las posibilidades de cambio social de lo que se ha llamado ‘la condición femenina’, manteniendo inalterable el sistema de dominación. Las cualidades masculinas están asociadas a cultura, razón y fuerza y se sitúan en posición de superioridad frente a las femeninas: naturaleza, sentimiento y debilidad. El género articulado es lo que concede a las características biológicas no sólo un argumento de la estructura social, sino el motivo de la diferencia e injusticia social entre mujeres y hombres. La perspectiva de género comporta, pues, una mirada transgresora de las relaciones personales y sociales entre hombres y mujeres al cuestionar las dinámicas en las que éstas se articulan y evolucionan. Vinculada conceptualmente a la acción feminista, la perspectiva de género aspira al conocimiento y cambio de estas relaciones.

Por otra parte, la opresión por el desempeño de un rol puede tornarse insoportable, máxime si además no se conoce el origen de este sufrimiento. En tal caso, podría fácilmente aparecer el trastorno mental como única forma de expresión (Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto, Moreno-Küstner, Reneses, Usall y Vázquez-Barquero, 2004). En la ejecución de los roles sociales impuestos se atribuyen deberes de sumisión, que son distintos a aquellos que surgen derivados de un deber o compromiso elegido libremente y de los que se adquieren fruto de un proyecto propio, elegido sin pesos socioculturales. Las mujeres tienen menos opciones a la hora de definir proyectos y compromisos con libertad, contrariamente a los deberes impuestos social y culturalmente. Estos roles impuestos se desempeñan con un plus de energía psíquica y sobrecarga emocional, lo que se traduce en cuadros de ansiedad y estrés, generalmente agravados con el paso del tiempo por el escaso reconocimiento a las tareas y funciones realizadas.

En los procesos de individuación, hombres y mujeres se enfrentan con mandatos producto de roles sociales, culturalmente definidos, que exigen sentir, pensar y actuar de determinadas formas. Hombres y mujeres, individualmente, deben conseguir y lograr mantener un equilibrio

*homeostático* del yo imbricando capacidades y recursos personales con las exigencias externas (Urbano, Arostegui y Abeijón, 2013).

Beatriz del Moral (2008), desde la antropología feminista, señala que aunque la posición y la relación entre los sexos en la organización social es la base de la misma, la introducción de los cambios necesarios para poder entender de formas distintas qué es ser hombre y qué es ser mujer, la relación entre ellos y el lugar que éstos ocupan en la sociedad aún están lejos de entenderse, puesto que “la introducción de cambios en este sistema no ocurren gratuitamente y suelen acarrear importantes cuestionamientos y reajustes en el propio sistema” (p. 5).

Los cambios en la concepción específica y opuesta de los hombres en relación con las mujeres dentro de la organización, supone que “cuestionar a uno de ellos es cuestionar al otro y a su totalidad” (Del Moral, 2008, p. 5). Si las mujeres escapan de los roles asignados ‘femeninos’ y ocupan, con mayor frecuencia, posiciones en ámbitos ‘masculinos’, esto promueve preguntarse qué es lo ‘masculino’. Según esta autora, en determinados fenómenos como las drogodependencias, para mantener la polaridad masculino-femenino y que el orden social no cambie, se da un desplazamiento de estas definiciones, esto es, un traslado de las pautas de funcionamiento femeninas a las masculinas. La consecuencia es que las mujeres al adoptar comportamientos considerados masculinos, promueven que los hombres se replanteen su propia definición, poniendo en cuestión aspectos clave para la construcción de su identidad de género. Así, Beatriz del Moral muestra como ejemplo de lo anterior que el rechazo y estigmatización hacia las mujeres que consumen drogas es un elemento que sirve para conservar el carácter masculino de esta conducta (Del Moral, 2008).

**Tabla 1. Conceptualizaciones**

<b>Sexo</b>	Dimensión biológica y corporal. Características físicas determinadas, generalmente invariables, de los hombres y mujeres.
<b>Género</b>	Dimensión psíquica del sexo. Características socio-culturalmente construidas que definen lo masculino y lo femenino: valores, sentimientos, rasgos de personalidad. Caracteres aceptados y deseables en los hombres y de las mujeres.
<b>Rol de género</b>	Carácter social del sexo: comportamientos masculinos y femeninos en los papeles sociales que desempeñan.
<b>Naturalización de los roles de género</b>	Pensar que lo que es natural en los hombres y mujeres viene dado por la biología. Considerar que el sexo determina la capacidad de hacer y que los roles de género son naturales hace creer que ambas cuestiones son inalterables. El reconocimiento de que son creaciones culturales permite modificarlas y transformarlas.
<b>Identidad de género</b>	Autoidentificación con el rol social. Identidad psicosexual definida en consonancia con el sexo. Sin embargo, no existen características o rasgos universalmente asociados a la masculinidad o feminidad.
<b>Estereotipo de género</b>	Extensión de creencias preconcebidas sobre los atributos ‘naturales’ que hombres y mujeres deben, pueden y quieren mostrar.

Fuente: Urbano, Arostegui y Abeijón, 2012.

No hay que confundir las representaciones de la feminidad y la masculinidad como construcciones sociales teóricas y variables -impuestas generalmente- según los grupos y los momentos históricos, con los hombres y mujeres corporeizados, diferenciados según sus variables

anatómicas. Biológicamente se establece un continuo entre formas fenotípicas masculinas puras y las femeninas, en cuyo centro estarían las personas intersexuales (Fausto-Sterling, 2006). Butler (2001) sugiere que el sexo, como categoría binaria, es ya género al estar socialmente construida también.

Por otra parte, en un estudio reciente Daphna Joel y colaboradores-as (2015) han llegado a la conclusión de que las diferencias físicas y estructurales entre los cerebros masculino y femenino no existen como tales. Estos autores señalan que hay pruebas para verificar que desde el punto de vista anatómico, los cerebros de la mayoría de los humanos están formados por mosaicos de distintas características que los sitúan fuera de los extremos de un mismo continuo. Algunas de esas características son más comunes en las hembras que en los machos, otras más comunes en ellos que en ellas y otras son comunes tanto en machos como en hembras. Los autores concluyen que si bien existen en el cerebro humano diferencias, los cerebros no son de una u otra categoría (Joel, Berman, Tavor, Wexler, Gaber, Stein, y Liem, 2015). Para determinar la estructura del cerebro, las diferencias neuroanatómicas interactúan en el útero materno y durante toda la vida con otros factores, dando como resultado interacciones cambiantes y complejas, creando estructuras multi-formicas en lugar de di-mórficas. Las diferencias sexuales en el cerebro y en el comportamiento, la cognición, la personalidad y otras características con lecturas de género no responden al dimorfismo sexual. Todos los seres humanos tenemos un carácter y un cerebro intersexuales, aunque únicamente sean así llamados el uno por ciento de los seres humanos (Joel, 2011; Joel, 2012).

**Tabla 2. Diferencias entre los sexos**

<b>Genéticas, cromosómicas</b>	
En nuestra especie, los hombres con otros hombres y las mujeres con otras mujeres se diferencian en un 1 por 1.000 del ADN en nuestra especie. Con personas de nuestro propio sexo compartimos por tanto un 999 por 1.000.	
<i>“Si se compara a una mujer con un hombre, el segundo cromosoma X de la mujer es sustituido por el pequeño y distinto cromosoma Y. Cuantitativamente esta sustitución es mucho más importante que todos los polimorfismos conocidos en el genoma humano y hace que un hombre y una mujer se diferencien entre sí mucho más que en el 1 por 1.000 del ADN. De hecho y desde este punto de vista, el hombre se diferencia de la mujer mucho más que del chimpancé. (Mosterín, 2008, p. 262)</i>	
Fuerza muscular, velocidad a la hora de correr, algunas diferencias son explicadas por el efecto de las hormonas sexuales (estrógenos y testosterona) en el cerebro. Desde el nacimiento, <i>“niños y niñas reciben los mismos estímulos en cerebros cableados de manera distinta”</i> (Mosterín, 2008, p. 263).	
Las diferencias entre mujeres y hombres no afectan al nivel general de inteligencia (IQ), sino a la manera en que se llevan a cabo diversas tareas cognitivas. Algunas de ellas son:	
<b>Mujeres (mejores resultados en)</b>	<b>Hombres (mejores resultados en)</b>
Test de velocidad perceptual, trabajos manuales a precisión, recordar posición previa de objetos y detectar los cambios. Mayor fluidez verbal y encontrar palabras que satisfacen cierta condición, mayor fluidez ideacional. En cálculo aritmético con números. Son más vulnerables a la adicción.	Mejores resultados en pruebas de representación espacial, en mapas y geoméricamente, estimando distancias y direcciones. Mejores en razonamiento matemático. Habilidad motora dirigida a un blanco.

Fuente: Mosterín, 2008, citado en Urbano, Aróstegui y Abeijón, 2012.

Los hombres y las mujeres, entendido en un sentido estadístico, sienten, piensan y se comportan en general de forma distinta. A la espera de futuros avances en este sentido, las diferencias

existentes entre los sexos pueden ser debidas al 'cableado' neuronal distinto, debido a las diferencias morfológicas, hormonales y funcionales sobre las que se asienta, a las que se uniría desde el nacimiento, la impronta y la fuerza de las prácticas culturales (Urbano, Arostegui y Abeijón, 2012).

Ser hombre y ser mujer son construcciones culturales que se presentan –y obligan- a los sujetos como patrones ideales y que se incorporan a la identidad en forma de un 'ideal del yo'. Este modelo orienta la imagen, la autoestima y los comportamientos, definiendo a las personas hacia la exigencia social de ser hombres o ser mujeres. Por tanto, el autoconcepto y la autoidentidad, las metas y aspiraciones se forjan en función de estos ideales (Castaños y Palop, 2007; Arostegui y Urbano, 2004).

Por otra parte, para poder comprender los objetivos del estudio que se presenta es necesario hablar de la 'masculinidad hegemónica', concepción terminológica vinculada a los siguientes puntos (Díez, 2015): 1. Al control del poder por parte de los varones, 2. A la heterosexualidad, 3. A la aprobación por éstos de la homosociabilidad, entendida como la relación de comparación que se establece con los pares y su aceptación como superioridad relacional, 4. El consentimiento de la homofobia y 5. El rechazo a lo femenino (Connell y Messerschmidt, 2005; Schongut, 2012).

Para Díez (2015) la 'masculinidad hegemónica', en oposición a otras masculinidades subordinadas con diferentes posiciones en el poder, se construye siempre en oposición a éstas, manteniendo siempre una "forma de relación que se repite en su vinculación con las mujeres" (p. 80). Demetriou (2001, citado por Díez), señala dos objetivos de la 'masculinidad hegemónica': 1. Mantener la relación de dominación sobre las mujeres y 2. Mantener la supremacía sobre "todos los otros hombres" (p. 80).

La 'masculinidad hegemónica' es una maniobra eficaz, que responde al principio de autoridad<sup>1</sup>. Es un artificio de carácter invisible, aceptado por todos y permitido y mantenido por quienes se ven beneficiados de su mantenimiento, para lo cual se necesita la aceptación de buena parte de la sociedad (Connell, 1987, citado por Díez).

El prototipo de varón propuesto por este modelo de masculinidad es difícilmente alcanzable, aunque todos los demás ayudan a mantenerlo ya que se benefician de la dominación sobre las mujeres y de la subordinación de otras masculinidades de niveles inferiores. Surge así la "masculinidad cómplice" como modelo de comportamiento que la mayoría sigue, porque aunque no se alcance la hegemonía sirve de modelo y, de paso, se beneficia de sus tributos.

Por otra parte, los escolares y los adolescentes siguen siendo socializados en modelos de "masculinidades ejemplares", prototipos de personajes públicos promocionados por los medios y que sirven de objetos de emulación y admiración. Se les pide ocupación y dominio de los espacios públicos y "diferenciarse todo el tiempo de todo aquello que los pueda inscribir como femeninos o como no heterosexuales (Díez, 2015, p. 81). Sin embargo, con la misma formación que los hombres y con leyes que respaldan una igualdad legal, las mujeres insertas en procesos de autonomía e independencia ocupan cada vez más parcelas públicas y de poder. Los hombres protegidos hasta ahora en estos modelos de masculinidades, frente a estos avances percibidos como amenaza responden aumentando el dominio y el control sobre quienes 'pueden' hacerlo y consideran inferiores. Con este ejercicio de reafirmación, muestran y demuestran su lugar en el sistema patriarcal. Por tanto, este modelo tradicional de masculinidad, se ve reforzado con

---

<sup>1</sup> De hecho, la categoría sexo, junto con edad y raza reciben el "mayor número de naturalizaciones" en los procesos de domesticación humana (Lagunas, 2015).

actitudes violentas y defensivas cuando no dispone de mejores argumentos o cuando ve amenazado su privilegiado lugar.

Así pues, mediante los procesos de socialización iniciados desde nuestro nacimiento se interiorizan las creencias sociales y se actúa en función de los roles exigidos por el entorno y en función del género. En la medida que los mensajes sobre los modelos de lo femenino y lo masculino se cumplen dentro del contexto social y cultural en el que son creados, las personas tienen una concepción de sí mismas más valorada y de mayor prestigio social. El autoconcepto y la autoestima en las personas se forja en relación con esta adecuación al modelo social que se introduce primeramente en el entorno familiar y desempeña una función normativa en la organización de la vida de las personas (Barreda, Díaz-Salazar, De la Cuesta, López, Rodríguez, Sánchez y Calvo, 2005).

La autoestima también puede ser definida como el sumatorio de la autoeficacia percibida en situaciones concretas. La autoestima en los niños suele ser más alta que entre las niñas, según Steinem (1995), puesto que a ellos se les valora la fuerza, el valor, la arrogancia, la acción competitiva y por lo tanto se les permite disponer de su yo de una forma más amplia que las niñas, a las que se les denigra o ignora la parte restante. Cuando la autoestima es baja, ambos sexos buscan versiones exageradas de los roles asignados a sus respectivos géneros: en los chicos, “la inflexibilidad, el dogmatismo, la competitividad, la conducta agresiva, el distanciamiento de cualquier cualidad o persona femenina, la homofobia, la crueldad y la violencia” y, en las chicas, “la sumisión, la dependencia, la necesidad de aprobación masculina, el temor a los conflictos, la autoacusación y la incapacidad para expresar el enfado y la ira” (p. 338).

A medio y largo plazo, los efectos sobre la identidad de las mujeres de esta labor de adoctrinamiento se traduce en lo que se denomina “muerte psicológica” (Cánovas, 2016), cuyo máximo exponente es la pérdida de la identidad que se produce como consecuencia de la violencia de género y/o del maltrato. Para recuperar la autonomía y la identidad propias es necesario realizar los duelos del dolor psíquico y los divorcios emocionales, procesos imprescindibles e indispensables para la recuperación.

Los sexos y los géneros evolucionarán en el tiempo debido a los múltiples e irrefrenables avances históricos y sociales, como por ejemplo el conocimiento, aceptación y la defensa de los derechos civiles, políticos y laborales, el ingreso masivo de las mujeres al trabajo retribuido, unido a los progresos formativo y científico con visión de justicia e igualdad.

En esta parte se ha propuesto un repaso terminológico y un panorama abierto a las diferencias de sexo y género, tanto a nivel individual como social y cultural.

## **1.2. La perspectiva de género en los trastornos mentales incluidos los trastornos por consumo de sustancias**

Hasta la última década del siglo pasado las ciencias médicas y psicológicas han establecido el sexo masculino como modelo estándar para los estudios de las causas, curso o tratamiento de las enfermedades (Hughes, 2007; Oertelt-Prigione, Parol, Krohn, Preißner, y Regitz-Zagrosek, 2010).

Este sesgo intelectual y científico ha invisibilizado a las mujeres en todo tipo de estudios. Los estudios feministas y de género han ido atenuando esta deficiencia al ampliar el conocimiento de las circunstancias que afectan a las mujeres en los colectivos de los que éstas forman parte, llegando prácticamente a todas las áreas del saber. El androcentrismo también ha imposibilitado

visibilizar que los hombres están de la misma manera sujetos a ciertos condicionantes propios de su sexo, al darse por hecho que la condición de varón es universal y neutra, cuando se naturaliza y normaliza su estatus. Para superar estas limitación, desde los años 80 se empiezan a desarrollar estudios que particularizan los géneros, permitiendo definir el lugar que ocupan los hombres y las mujeres en la sociedad, así como analizar la relación que se establece entre ambos (Del Moral, 2008).

Si bien las diferencias entre los sexos por sí mismas no constituyen un problema, sí lo son cuando éstas limitan el acceso a los recursos y las oportunidades, a los derechos más básicos y universales. Las relaciones, los roles y las normas sociales pueden influir en las políticas de los estados y en los procesos de salud mental, física y social. El análisis de género, según la definición de la OMS (2015), plantea definir, analizar e informar de las medidas dirigidas a afrontar las desigualdades surgidas de los distintos roles, de las desiguales relaciones de poder y de las consecuencias de esas desigualdades en la vida, salud y bienestar de las mujeres y de los hombres.

Las desigualdades de género no sólo limitan los servicios de salud, sino que también afectan a las tasas de morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres. De hecho, cuando no hay una adaptación a las relaciones, roles y normas establecidas socialmente, las personas son estigmatizadas, discriminadas o excluidas por la sociedad. Estudiar las desigualdades de género mejora el acceso a los servicios sanitarios y el servicio que éstos ofrecen. El género debe entenderse en un marco específico y local, dinámico e integrado por diversos niveles de determinantes sociales múltiples y entrecruzados que repercuten en la salud, dado que capta las diferencias en las experiencias de hombres y mujeres: así habrá de considerarse aspectos como los ingresos, la educación, la edad, el origen étnico, la orientación sexual y el lugar de residencia. Cuando éstos coexisten con la desigualdad de género agravan la discriminación, los riesgos en la salud y la falta de acceso a los recursos necesarios (OMS, 2015).

Dicho sea de paso, el campo de la salud mental es un terreno privilegiado para incorporar nuevas lecturas desde esta perspectiva, al ser ésta –la salud mental- la expresión de un equilibrio individual según la ONU (2013). Conseguir mantener en nuestra sociedad una buena salud mental, como metáfora de expresión de equilibrio individual, no es tarea fácil ya que ambos sexos no están en igualdad de condiciones ni derechos, ni gozan de las mismas oportunidades.

Se ha considerado de interés introducir en esta parte un repaso a las prevalencias por sexo de los distintos trastornos mentales, incluidos los inducidos por los consumo de sustancias y resumir lo que otras-os autores-as han concluido sobre las diferencias por sexo en las enfermedades mentales.

Se presenta la prevalencia y la sintomatología de los trastornos mentales y de los trastornos mentales inducidos por consumo de sustancias en contextos mundial, estatal y de la CAPV. Los datos que se analizan a continuación están extraídos de la OMS (2007) (Tabla 4) y de los estudios y análisis estadísticos que agrupa el DSM-5 (APA, 2014), de estudios recopilados en España por ESEMeD-España en 2006 y del Estudio Longitudinal sobre el perfil de usuaria-o de la Red Pública Vasca en la CAPV en 2012 (Urbano, Arostegui y Abeijón, 2012).

De los trastornos que recoge el DSM-5<sup>2</sup>, la Tabla 3 muestra aquéllos que han mostrado una prevalencia distinta según los sexos (columna central), junto a los trastornos mentales inducidos por sustancias-medicamentos (derecha). En ésta se aprecia la total ausencia de datos segregados por sexos.

En Europa, el estudio ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales, 2006) es la fuente más completa de información en cuanto al conocimiento de la prevalencia de los trastornos mentales (Tabla 5). Los factores asociados a padecer un trastorno mental, según este estudio, son: pertenecer al sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad.

**Tabla 3. Diferencias entre hombres y mujeres en trastornos mentales definidos en el DSM-5**

Trastorno mental	Prevalencias	Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos
Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastorno celotípico más frecuente en hombres <b>Trastorno psicótico breve 2:1 + prevalencia en mujeres</b> <b>Trastorno esquizoafectivo, + prevalencia en mujeres</b>	No especifica prevalencias por sexos
Trastorno del espectro autista	4:1 + prevalencia en hombres	-
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	2:1 + prevalencia en niños 1,6:1 + prevalencia en niños	-
Trastorno bipolar	Trastorno bipolar tipo I 1,1:1 + prevalencia en hombres <b>Trastorno bipolar tipo II, + frecuente en mujeres</b>	No especifica prevalencias por sexos
Trastornos depresivos	<b>Depresión mayor, 1,5 a 3 más prevalencia en mujeres</b>	No especifica prevalencias por sexos
Trastornos de ansiedad	2:1 + prevalencia en mujeres <b>Fobia específica 2:1 + prevalencia en mujeres</b> <b>Trastorno de ansiedad social 1,5:2 + en mujeres</b> <b>Trastorno de pánico 2:1 + en mujeres</b>	No especifica prevalencias por sexos
Trastornos obsesivo-compulsivos	+ hombres en la infancia, <b>+ mujeres en la edad adulta</b>	No especifica prevalencias por sexos
Trastornos por traumas y factores de estrés	No especifica	-
Trastornos disociativos	En un pequeño estudio de EEUU, 1,6% varones. 1,4% mujeres	-
Trastornos somáticos	Las mujeres refieren más síntomas somáticos, <b>prevalencia posiblemente sea mayor en mujeres.</b>	-
Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia)	<b>10:1 + prevalencia en mujeres</b>	-
Trastornos del sueño-vigilia	<b>1,44:1 + prevalencia en mujeres</b>	2:1 + prevalencia en mujeres
Disfunciones sexuales	No especifica	No especifica porcentaje
Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta	<b>Cleptomanía: 2:3 + prevalencia en mujeres</b> Juego patológico: 2:3 + prevalencia en hombres Trastornos de la conducta: más frecuente en hombres	-
Trastornos de la personalidad	Antisocial, esquizoide, esquizotípica, narcisista, obsesivo-compulsivo + frecuente en hombres <b>Límite, histriónica y dependiente, + frecuente en mujeres</b>	-
Trastornos parafilicos	Voyeurismo: 3:1 + prevalencia en hombres Exhibicionismo: 2:1 + prevalencia en hombres	-

Fuente: Adaptación propia del DSM-5.

**Tabla 4. Prevalencia de distintos trastornos e incidencia en hombres y mujeres (OMS, 2007)**

Prevalencia-vida: 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida. Prevalencia-año: 8,4% en los últimos 12 meses		
Trastorno	Hombres	Mujeres
Ansiedad	1	1,5
Depresión	1	2
Abuso de sustancias	5,6	1
Trastorno antisocial de la personalidad	3	1
Fobias específicas y sociales	1	2,5
Episodio Depresivo mayor	1	2,5
<b>Trastornos de conducta, dependencia y abuso del alcohol:</b>		
áreas urbanas	18,6	1,4
áreas rurales	31,5	1,2

Fuente: OMS, 2007.

<sup>2</sup> Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana, S.A. en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. y estadístico Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5<sup>®</sup>, 5ª edición. ©2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

**Tabla 5. Prevalencia de distintos trastornos mentales en hombres y mujeres ESEMeD-España 2006 (%) (IC 95%)**

Trastorno	Prevalencias Vida		Prevalencias Año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cualquier trastorno mental	15,7	22,93	5,25	11,44
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71	15,85	2,33	6,25
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71	12,76	2,53	7,61
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	6,47	0,96	1,38	0,05
Depresión mayor	6,29	14,47	2,15	5,62
Distimia	1,85	5,29	0,52	2,38
Fobia específica	2,32	6,54	1,19	4,20
Abuso de alcohol	6,38	0,95	1,38	0,05

Fuente: ESEMeD-España, 2006.

Según el DSM-5, en general, las mujeres son más vulnerables al desarrollo de los trastornos psicóticos de menor gravedad, el trastorno bipolar de más gravedad, la depresión, los trastornos de ansiedad en general, a la fobia específica, la ansiedad social y los trastornos de pánico, trastornos somáticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la vigilia sueño, trastorno del control de impulsos cleptomanía, y el trastorno límite de la personalidad (TLP), histriónica o dependiente.

Desde los datos hallados (Urbano, Arostegui y Abeijón, 2012; OMS 2017; DSM-5; ESEMeD España 2006), las autoras y autores hipotetizan que las mujeres presentan trastornos mentales menos graves que los hombres, comportamientos que podrían estar relacionados con la necesidad de aceptación por parte de los-as demás, el autosacrificio, apego-dependencia, imperfección, sobreexigencia o fracaso. Los hombres presentan problemas que implican conflictos con otras personas y con sus expectativas personales, con la sobreprotección o el desamparo cuando desaparece ésta y comportamientos tendentes a la agresión.

Como se aprecia en las tablas anteriores, a excepción de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y el trastorno antisocial de la personalidad que mayoritariamente afectan a los hombres, los demás trastornos tipificados y señalados por mostrar diferencias estadísticamente significativas, conciernen en su mayoría a las mujeres. Desde una interpretación de género de los datos cabe señalar que la cota de poder y las responsabilidades atribuibles a cada sexo son claves importantes a la hora de entender las diferencias en las tasas generales de trastornos psicopatológicos entre hombres y mujeres. En las mujeres se presentan mayores tasas de depresión y ansiedad -internalización de los trastornos-, y en los hombres de abuso de sustancias y trastornos antisociales -externalización de los trastornos-. En base a esto, las diferencias en la salud mental entre hombres y mujeres surge de la distribución asimétrica y partidista de los roles sociales y de las relaciones de poder inherentes a ellos, que derivan en estilos de vida y prácticas de riesgo distintas para unos y otras.

En la CAPV, en esta misma línea, se realizó en 2012 un estudio del perfil de usuario-a del sistema de salud mental de la red pública vasca-Osakidetza donde se analizaron las diferencias por sexo y las posibles desigualdades por razón de género (Urbano, Arostegui y Abeijón, 2012). Los datos mostraron que dos mujeres por cada hombre fueron diagnosticadas de 'trastornos depresivos', 'reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos' y 'trastornos de ansiedad fóbica', mientras que dos hombres por cada mujer solicitaron ayuda por 'trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol' y 'trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje'.

En el Informe Salud y Género del Ministerio de Sanidad elaborado en 2006 se sitúa a las mujeres de mediana edad (las que tienen entre 45 y 65 años) en una posición claramente peor a la de los hombres en la valoración de la salud y la calidad de vida. Se señala en él que las mujeres padecen más enfermedades crónicas (60%) que los hombres y tienen una percepción más negativa de su

salud. La tasa de discapacidad de las mujeres supera en 10 puntos a la de los hombres. Éstas viven de media 6,6 años más, pero declaran padecer el doble de problemas físicos –de tipo musculoesquelético, dolores de cabeza, circulatorios- y de problemas psíquicos, siendo mujeres las tres cuartas partes del volumen global de los consumidores de psicofármacos. Por su parte, los hombres muestran menos síntomas somáticos sin causa física, menos depresión o ansiedad que las mujeres, aunque sí padecen en mayor medida patologías más graves y un mayor índice de mortalidad.

Similares resultados obtienen Freeman y Freeman (2013), citados por Ramos-Lira (2014), tras analizar 12 encuestas nacionales en siete países sobre trastornos mentales -Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica-. Concluyen que las mujeres presentan más probabilidad de padecer depresión y ansiedad y prevalencias más altas que los hombres de ambos trastornos. Los hombres muestran prevalencias más altas de abuso y dependencia de alcohol y otras drogas. El estudio refleja que las mujeres muestran más probabilidad de padecer un TLP y trastornos de la alimentación, mientras que en los hombres son más altas las prevalencias de trastornos de la conducta y de personalidad antisocial. Se destaca el hecho de que las mujeres, de forma general, no solamente presentan prevalencias más elevadas en trastornos mentales que los hombres, sino que al contrario de lo que se determinó en el estudio referido anteriormente, son también éstas quienes muestran síntomas más graves y discapacitantes.

La mayoría de estos estudios incluyen el análisis por sexo de las prevalencias de los diversos trastornos pero no por género, donde surge una mayor dificultad. Es complejo diferenciar qué se puede atribuir a aspectos biológicos y qué a aspectos psicosociales. Las escasas investigaciones existentes muestran que cuando las muestras se hacen homogéneas en otros factores (laborales, condiciones exteriores similares) se observa una homogeneización de los datos y mayor igualdad en los trastornos que muestran ambos sexos (García-Vega, 2011; Matud y Aguilera, 2009).

Con respecto a la depresión y sin tener en cuenta los aspectos culturales, Pérez Blanco (2006) señala que existe el doble de posibilidades de sufrir esta patología en el colectivo femenino; que la probabilidad aumenta en edad fértil y que este hecho se mantiene a lo largo del tiempo. La autora plantea dos hipótesis al respecto. La primera sugiere que no existen diferencias entre los sexos, y las que se muestran cuantitativamente se deben a que las mujeres son capaces de identificar mejor sus síntomas afectivos y que pedirían ayuda para paliarlos, mientras que en los hombres existiría una manifestación distinta de éstos síntomas, como por ejemplo el desarrollo de una dependencia alcohólica. La segunda hipótesis plantea que existen diferencias reales entre los sexos debido a factores biológicos (genéticos, alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal), hormonales (cambios en los sistemas de neurotransmisión de los estrógenos y alteraciones tiroideas), sociales (percepciones más estresantes de los eventos diarios, desigualdades sociales, mayor vulnerabilidad frente a la falta de apoyo social, cumplimiento de diversos roles) y cognitivos (estrategias de afrontamiento menos adecuadas).

Otros estudios (López-Araquistain, Cardoner y Urretavizcaya, 2006) basados en la consideración de las diferencias respecto a cómo se perciben, se expresan y se procesan los estímulos emocionales, han descrito tres tipos de diferencias en función del sexo: 1. En primer lugar, diferentes formas de respuesta en situaciones de estrés, 2. Diferente percepción y respuesta ante distintos estímulos emocionales y, 3. Por último, diferente codificación y recuerdo de información emocional:

1. Con respecto a las diferencias en la respuesta al estrés, los hombres podrían disponer de mecanismos de adaptación a situaciones de estrés agudo por el papel en la defensa del

territorio y en la búsqueda de alimento que han mantenido ancestralmente, mientras que las mujeres consiguen una mayor adaptación a estados de estrés mantenido o crónico. En cuanto al tipo de estímulo se señala que los hombres presentan elevación de los niveles de cortisol en momentos de desafío y amenaza, mientras que entre las mujeres este aumento aparece en situaciones de rechazo social o estrés interpersonal.

2. Con respecto al segundo punto, igualmente, se han encontrado diferencias en la percepción y respuesta ante estímulos emocionales distintos. Los adolescentes varones presentan una restricción en la expresión emocional, mientras que las mujeres jóvenes tienden a mostrar un aumento de la expresividad. Los primeros responden de manera más intensa a las imágenes de contenido sexual, mientras que las segundas se manifiestan de forma más aguda o selectiva ante estímulos emocionales aversivos, ante la expresión de tristeza, miedo o angustia. También las mujeres muestran una mayor activación cuando aprecian incongruencias semánticas. Como hipótesis se plantea que para los hombres el sesgo de respuesta favorece conductas necesarias para la defensa territorial y sexual, mientras que entre las mujeres esta diferencia permite condicionar el patrón de conductas de evitación de amenaza o compromiso vital.
3. En tercer y último lugar, también se han observado diferencias en la codificación y recuerdo de información emocional, entre ellas que las mujeres recuerdan más acontecimientos bibliográficos y de datos con mayor rapidez e intensidad en respuesta a pistas. La explicación de este hecho plantea dos hipótesis: la de la intensidad afectiva, ellas experimentan los sucesos vitales de forma más aguda, y también, la relacionada con el estilo de cognición, por la que frente a contenidos emocionales igualmente intensos, mujeres y hombres presentan un diferente patrón de activación.

Con respecto a estos puntos, López-Araquistain et al. (2006) concluyen con respecto a las diferencias funcionales y en el proceso de adquisición cognitivo y emocional de estímulos emocionales, que este sistema femenino muestra unas características diferentes al masculino, con cierto paralelismo al que se observa en personas deprimidas. Subrayan que un funcionamiento emocional de mayor complejidad podría suponer un mayor riesgo de alteraciones en su funcionamiento, y en definitiva, mayor vulnerabilidad para la patología.

En las diferencias recogidas en el estudio Gender and Mental Health (Rosenfield y Mouzon, 2013), y teniendo en cuenta la edad, se señala que los niños presentan más comportamientos antisociales y agresivos que las niñas; las adolescentes presentan más trastornos depresivos y alimentarios y los chicos más casos de suicidio. En la edad adulta se dan más casos de depresión y ansiedad en las mujeres mientras que en los hombres hay más casos de comportamiento antisocial y abuso de sustancias.

En el estudio anteriormente citado de Urbano, Arostegui y Abeijón (2012), dos mujeres por cada hombre fueron diagnosticadas de 'trastornos depresivos', 'trastornos adaptativos' y 'reacciones a estrés grave'. Una posible lectura de la mayor prevalencia de estos trastornos podría ser que los mismos pueden ser considerados respuestas desadaptativas frente a circunstancias de cambio en el ciclo vital, a situaciones de amenaza o pérdida y ante las cuales las personas no encuentran los recursos adaptativos necesarios para hacerlas frente, que devienen cuando los hechos desbordan y sobrepasan lo admisible. Desde este punto de vista pueden considerarse como una 'patología de la vida cotidiana' o patología psicosocial (Pérez-Sales, 2009). Si no se consigue una adaptación funcional frente a la necesidad de un cambio y la situación persiste, aparecen cuadros más graves de depresión. Dio Bleichmar (1991) lo expresa así: "la mayor incidencia de la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones

de vida y en las características de la subjetividad” (p. 58). Las mujeres suelen demandar atención cuando han fracasado todos los resortes y los apoyos previos para el manejo de la experiencia de sufrimiento, cuando no encuentran cerca una solución a su problemática; una problemática surgida en muchas ocasiones de su posición o lugar en la estructura social, derivada también de sus condiciones generales de vida.

Con respecto a la influencia de cada variable interviniente a la hora de enfermar, Lalonde (1974), citado por Ortiz y Clavero (2015), creó el Modelo de los Determinantes en la Salud, considerado el modelo de referencia en la salud pública. Dicho modelo explica que el nivel de salud o enfermedad que disponen las personas proviene de un contexto determinado y está influido por la interrelación de cuatro causas, en orden al peso de cada una: 1. Factores vinculados a los hábitos o estilo de vida -conductas de salud-, que representan un 43%, 2. Factores endógenos -genética, envejecimiento-, con el 27% de influencia, 3. Factores vinculados al entorno o medio ambiente -contaminación física, química, psicosocial y sociocultural-, con el 19%, y 4. Factores ligados al sistema sanitario, con el 11%.

Desde este punto de vista, en hombres y mujeres las desigualdades sociales interactúan con las variaciones biológicas para determinar y contribuir a las diferencias de los diversos trastornos físicos y psíquicos. En relación al sistema sexo-género, según Rosenfield y Mouzon (2013) tres son los factores más importantes en relación a las diferencias sexuales en los trastornos mentales: 1. La interacción entre vulnerabilidad psicológica y social, 2. Los roles atribuidos al género: normas, roles y responsabilidades determinadas socialmente que llevan a que las mujeres presenten sentimientos de falta de autonomía o control y que inciden en su salud mental y 3. Violencia de género, asociándose la misma con trastornos de ansiedad, depresión, estrés, dependencia a drogas y suicidio.

Existen por tanto, estudios encontrados con resultados contradictorios, fruto de la dificultad ya señalada de diferenciar lo biológico (endocrino y estructural, del cerebro y SNC) de los contenidos mentales, pensamientos y creencias, en los que priman aspectos socioculturales. Un conocimiento mayor desde la biología ayudará sin duda a esclarecer el peso y la importancia de cada una de estas cuestiones a la hora de valorar mejor, desde criterios de justicia e igualdad, las posibles diferencias entre los sexos y acabar con las desigualdades de género.

En esta segunda parte se plantea la importancia de la perspectiva de género en el estudio de los trastornos mentales, se muestran las prevalencias a nivel mundial, español y de la CAPV de los distintos trastornos mentales incluidos los trastornos por consumo de sustancias y se ofrecen algunas explicaciones de las diferencias encontradas desde un punto de vista psicológico y sociocultural.

### **1.3. Perspectiva de género aplicada a las adicciones**

Elegir como objeto de estudio las sinergias bidireccionadas que se establecen entre la violencia y la drogodependencia, orientando la mirada a los antecedentes, efectos y consecuencias que estas variables tienen para las mujeres, implica partir de esta visión de género para intentar desvelar qué, cómo y por qué ocurre lo que ocurre entre las mujeres y hombres drogodependientes, a diferencia de lo que sucede entre los hombres drogodependientes, y las sitúa en una mayor posición de vulnerabilidad física, psicológica y social.

En las drogodependencias, según Beatriz Del Moral (2008), se ha seguido la misma línea androcéntrica de pensamiento, al asumir que la persona estudiada, analizada y atendida por sus

problemas con el consumo de drogas corresponde al perfil y las características de un varón, no a las de una mujer. A este hecho se suma que los estudios han estado dirigidos a dar respuesta al consumo problemático, mayoritariamente atribuido a los hombres y relacionado con situaciones especiales como son las actividades ilegales, las actitudes violentas y las causas de mortalidad. Esta autora señala que, además de la objetiva y abrumadora mayoría masculina consumidora de sustancias, estos actos están asumidos como normales y no se plantea su cuestionamiento, puesto que “estos datos se miran asumiendo que ellos -los hombres- se comportan de manera acorde con su sexo” (p. 7). De esta forma, por una parte encontramos que las descripciones son más específicas y detalladas cuando se refieren a las características femeninas, si bien éstas son asumidas como el reverso de las masculinas y, por otra, que no se suele afirmar lo que de verdad ocurre, que los hombres son un colectivo de riesgo, que el consumo de drogas afecta mayoritariamente a los hombres y que la mayoría de los estudios sólo tratan de entender por qué esto es así. Por tanto, los hombres adolecen también de cierta invisibilidad en este sentido. De igual forma, cuando las mujeres actúan de formas diferentes a lo que se espera de ellas, estos comportamientos son magnificados, suscitan más alarma y preocupación social en comparación con los comportamientos masculinos.

La perspectiva de género incorporada al ámbito de las drogodependencias, constituye una perspectiva metodológica (Navas, 2016) que debe ser tomada como medio de conocimiento de la realidad social (Romo, 2005a). En el campo de los estudios sobre los consumos de drogas ayuda a comprender las diferencias epidemiológicas entre los sexos; comprensión únicamente posible mediante la introducción de datos cualitativos y el análisis de los discursos desde los propios contextos en los que tales consumos se realizan.

Para Martínez Redondo (2008) aplicar esta perspectiva significa ampliar el análisis a los factores micro y macro intervinientes:

*Identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por rol de género, más allá de exponerlos como características del sexo femenino (o masculino) en su consumo de sustancias. Supone identificar qué las afecta por el hecho de ser 'mujeres' como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, entendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencia. Aplicar la perspectiva de género a nuestros programas significa por tanto identificar problemáticas que pueden presentarse (y que de hecho se presentan) para así poder incorporarlas en nuestro análisis de la realidad y que sea posible actuar conscientemente sobre ellas (p. 8).*

En la misma línea CONACE (2006), en el marco de programas de tratamiento y rehabilitación para mujeres con abuso problemático de drogas, sugiere que la perspectiva de género implica tener en cuenta una serie de cuestiones relacionadas con procesos de identidad, socialización, educación y crianza diferencial, así como desvelar qué tipo de relación se establece con la sustancia, los factores asociados al consumo, la comorbilidad diagnóstica y, en acompañamientos terapéuticos, facilitar la aceptación de la problemática en sus diversos contextos para desmontar los procesos adquiridos y redirigirlos hacia pautas sociales más afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal. Se plantean como marcos interventivos el enfoque biopsicosocial, el enfoque en red e interdisciplinario para los equipos técnicos y el enfoque relacional, que incorpora “una mirada circular de la problemática del consumo” (p. 13), entendiendo la drogodependencia como fenómeno relacional entre sustancia-persona-contexto.

Sánchez (s.n.) sugiere que introducir la perspectiva de género en el campo del abuso de drogas es tener presentes las diferencias y lo propio de cada género en relación con los factores que influyen en las motivaciones para consumir drogas, los patrones de uso y los distintos efectos y consecuencias sobre unos y otras. Además supondría eliminar las desigualdades que el género conlleva a la hora de tener acceso a los servicios preventivos y a los programas asistenciales. Las razones que hacen necesaria esta consideración son: 1. Existen diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales que es necesario tener en cuenta a la hora de diseñar acciones y programas para prevenir el consumo. 2. Se han nombrado factores específicos de riesgo para hombres y mujeres que propician el consumo de drogas y su mantenimiento. 3. La gravedad de las consecuencias del consumo de drogas es mayor entre las mujeres y mayor su impacto familiar y social. 4. Los problemas añadidos por parte de las mujeres para incorporarse a los tratamientos y abandonar el consumo de sustancias. 5. En los tratamientos, evolución menos favorable por parte de las mujeres debido a que los servicios no tienen en cuenta sus necesidades concretas y reciben más presiones del entorno familiar para finalizar antes el tratamiento y retomar las obligaciones familiares.

Por otra parte, la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco en el VI Plan de Adicciones de la Comunidad de Euskadi (2011) insta a la incorporación de la perspectiva de género desde una línea transversal en toda la intervención, puesto que en las mujeres concurren factores de riesgo diferenciales para el consumo de drogas y las consecuencias sobre ellas de dichos consumos no siempre son atendidas adecuadamente.

Particularmente en el campo de las drogodependencias, la mayoría de las aportaciones respecto de lo que implica introducir esta nueva visión de género se relacionan con propuestas de intervención, tratamiento y rehabilitación y apuntan a la necesidad de considerar y objetivar el peso del género como variable determinante en las circunstancias agravantes que afectan al colectivo femenino drogodependiente (Macy, Renz y Pelino, 2013; Mason y O'Rinn, 2014; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014). El consumo de drogas en las mujeres es un acto transgresor al rol de género impuesto que se invisibiliza familiarmente por medio del silenciamiento y que la propia mujer oculta mediante una planificación y una reformulación del problema: pidiendo ayuda en atención primaria y salud mental, ya que prefiere ser una enferma mental que una mujer drogodependiente (Barreda, et. al.,2005).

Las principales diferencias recogidas en la literatura respecto de las características que presentan las mujeres drogodependientes acuerdan en señalar que éstas presentan trastornos afectivos como depresión y ansiedad, baja autoestima y sentimientos negativos como ineficacia y culpabilidad. En las vidas de estas mujeres aparecen abusos sexuales, violencia en el entorno familiar y de pareja y la patología dual. Los episodios de suicidio son mayores en las mujeres drogodependientes que entre las que no lo son. Las mujeres muestran, con diferencia respecto de los hombres, una personalidad de tipo agresivo y negativista y presentan más problemas en la relación con otras personas, discusiones familiares o crisis de ansiedad. Los hombres muestran más problemas de comportamiento y conductas antisociales (Giménez, 2012).

Como conclusión, el análisis de género ha subrayado las diferencias biológicas entre los sexos y las características de los consumos, tratan igualmente de promover y cuestionar el conocimiento de las realidades sobre las problemáticas específicas que afectan de forma diferente a los hombres y mujeres, como las motivaciones diferentes para el uso y abuso de drogas y las circunstancias concomitantes que aparecen tanto en el inicio, como en el mantenimiento y cese de la conducta de consumo. Otras aportaciones realizadas por autores y autoras ofrecen nuevos focos de atención a la hora de mirar e intervenir en la realidad que presentan las mujeres

drogodependientes cuando acuden a los programas de tratamiento. Las aportaciones desde la perspectiva de género en el campo de las drogodependencias han señalado cuestiones como:

1. Que la adicción femenina se presenta de forma encubierta por estar discriminada socialmente (Bolaños, 2012); y por ser mayoritariamente un problema relacionado con drogas legales y/o de fácil acceso (Romo, 2010; Gómez 2006).
2. Que existen dificultades para las mujeres en el acceso y la permanencia en los tratamientos por estar éstos diseñados y creados para los hombres (Meneses, 2002a; Pantoja, 2007). Las mujeres representan apenas el 15% en los tratamientos actuales (OEDT, 2012).
3. Que es necesario avanzar hacia la cobertura adecuada de sus verdaderas necesidades terapéuticas, ya que existen unos problemas derivados y/o añadidos a la adicción como son: la violencia, los abusos y los malos tratos hacia las mujeres, lo que supone un mayor deterioro físico, psíquico y desestructuración social (Blanco, 2001; Orte, 2000; Rodríguez, Rodríguez y Antuña 2000; Arostegui y Urbano, 2004; CONACE, 2006; Macy, Renz, y Pelino, 2013; Mason y O'Rinn, 2014; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014; Salter y Breckenridge, 2014).

#### **1.4. Patología dual y género**

Se presentan a continuación las relaciones entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales con el objetivo de señalar la importancia de las mismas. En la primera parte se recogerán las aportaciones de los estudios sin la visión de la perspectiva de género y en la segunda las principales conclusiones halladas bajo esta categoría.

La adicción a sustancias es “es un trastorno complejo biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública” (Hall, Carter y Forlini, 2015, p. 109) que se manifiesta en un desajuste que afecta a las áreas que permiten el control de los deseos y la capacidad para dominar los impulsos. Este desajuste es debido, al igual que en otros trastornos mentales, a factores neurobiológicos, genéticos y medioambientales (Xie, McHugo, Helmstetter y Drake, 2005, citados por Szerman (2007).

En la mayoría de los trastornos mentales hay una alta vulnerabilidad hacia la adicción, y también y con frecuencia, el desarrollo de comportamientos adictivos viene acompañado de trastornos psiquiátricos. A la concurrencia de ambos trastornos se denomina Patología Dual, la cual debe tenerse en cuenta tanto en su dimensión diagnóstica como a la hora de ofrecer programas más eficaces de tratamiento (Szerman, Casas, y Bobes, 2013; San, Arranz, Arrojo, Becoña, Bernardo, Caballero, Garriga et al., 2016).

Algunos datos ofrecidos recientemente por la Sociedad Española de Patología Dual (Szerman, Expertos, Torrens, Basurte, Ramírez y Martínez-Raga, 2015) indican que:

1. El 70% de las personas drogodependientes tienen diagnosticado algún tipo de trastorno psiquiátrico, el 60% de las personas con trastorno bipolar tienen problemas con el abuso de drogas y el 30% de las personas con depresión y el 80% de quienes padecen trastornos de ansiedad muestran adicción al alcohol.

2. Además pronostican que la mitad de los-as pacientes con trastornos mentales desarrollará un trastorno por abuso de sustancias y que la enfermedad mental y la adicción deben ser aunadas en una misma clínica con tratamiento simultáneo.
3. Y, por último, que el diagnóstico de patología dual se asocia a un pronóstico menos favorable que el de la adicción y del trastorno mental por separado

En la adicción a sustancias se encubren trastornos mentales y el consumo abusivo de sustancias provoca con frecuencia síntomas psiquiátricos similares a los trastornos mentales, con independencia del consumo. La relación entre la psicopatología y la adicción a sustancias se establece como condición clínica relevante en la actualidad por las siguientes razones (Santís y Casas 1999): 1. La concomitancia de un trastorno mental y una dependencia a las drogas no se establece arbitrariamente, por azar. 2. En la práctica psiquiátrica se observa una gran incidencia de trastornos mentales específicos relacionados directa e indirectamente con el consumo concreto de determinadas drogas. 3. La adicción a una sustancia es un factor de riesgo importante para generar un trastorno psicológico. 4. En el tratamiento de las adicciones encontramos que la mayoría de los pacientes presentan a su vez un trastorno mental. 5. La psicopatología es en muchas ocasiones facilitadora de una adicción a sustancias. 6.- Las y los pacientes con patología dual presentan más recaídas en el consumo de drogas a la vez que tienen una peor evolución en la psicopatología. 7. Algunas-os pacientes con patología dual -como sucede con alcohólicas y alcohólicos con episodio depresivo mayor- presentan un riesgo de suicidio mayor que el caso en el que no coexistan ambos trastornos.

Según Barreda et al. (2005) puede ocurrir, en primer lugar, que la presencia del trastorno psiquiátrico inicial, desarrolle el uso de las sustancias como forma de paliar los síntomas del trastorno -teoría de la automedicación-; en segundo, que el consumo de drogas se manifieste como situación primera y, a consecuencia de éste, emerja posteriormente el trastorno psiquiátrico; y finalmente, puede suceder que, tanto el uso de drogas como el trastorno psiquiátrico, se den juntos o distantes temporalmente, sin ningún tipo de relación causal.

Los estudios señalan que la presencia en población drogodependiente de patología dual añade dificultades al tratamiento, lo que implica la necesidad de detectar y atender de forma simultánea ambos trastornos (Cohen, Greenfield, Gordon, Killeen, Jiang, H., Zhang y Hien, 2010; Villagrà, González, Fernández, Casares, Rodríguez y Martín, 2011).

Miquel, Roncero, López-Ortiz y Casas (2011) realizan una revisión bibliográfica de estudios publicados hasta diciembre de 2009 sobre las diferencias epidemiológicas, diagnósticas y clínicas según el sexo en pacientes con patología dual y extraen como conclusión que entre los hombres existe una mayor incidencia de trastornos psicóticos y bipolares y un mayor policonsumo mientras que entre las mujeres prevalecen los trastornos de ansiedad y afectivos.

Cuando los trastornos mentales presentan comorbilidad con conductas adictivas, en general, el pronóstico por sexo parece no estar tan claro. Las razones son las siguientes (Roncero y Casas 2004):

- Las mujeres muestran más vulnerabilidad que los hombres al proceso de una adicción, un mayor impacto por el consumo de drogas y alteraciones médicas y psicopatológicas, incluso en cantidades inferiores.
- Una mayor incidencia, entre las mujeres que abusan de las drogas, de violencia física y sexual en la infancia.

- Una estrecha relación entre la adicción y una mayor presencia del trastorno de estrés postraumático (TSPT).

Rubio, López-Muñoz, Álamo, Santo-Domingo (2002) señalan que el abuso de drogas sería el generador de cambios a nivel biológico, psicológico y social, lo que facilitaría la aparición de trastornos psiquiátricos. Así pues, la relación entre los trastornos psicopatológicos y el uso de drogas es bilateral. Un factor es favorecedor de la aparición del otro.

La dependencia se puede instaurar como una necesidad subjetiva de realizar una conducta para que se restaure el propio equilibrio homeostático. Como consecuencia a largo plazo, el mantenimiento de esta conducta conlleva una reducción del estilo de vida normalizado y un deterioro en la calidad de vida.

La adicción a sustancias en las mujeres presenta una serie de circunstancias que la ubican dentro de un marco concreto y que la diferencian respecto de las formas masculinas de adicción, tanto en el rumbo que conduce al desarrollo de la adicción a sustancias como a la hora de encontrar e iniciar el camino que les permitiría salir de esta situación (Stocco, 2004). Desde este punto de vista, lo que caracteriza una conducta adictiva -psicológica y física- no sería el tipo de comportamiento implicado, sino la relación o vínculo que la persona instaure como respuesta a la búsqueda de ese equilibrio interior.

O'Brien y McLellan (1996) señalan una más alta prevalencia de problemas mentales en las mujeres drogodependientes. Posteriormente, nuevos estudios corroboraron que el trastorno depresivo mayor y la distimia fueron los diagnósticos más relevantes entre las mujeres y en una proporción mayor que entre los varones (Blume, 1998).

Un estudio norteamericano (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Andrade, Bijl, Borges, Caraveo-Anduaga, et al., 2014) encontró que la prevalencia de patología dual en mujeres drogodependientes se situaba entre el 57,9% y el 71%, llegando al 72,4% entre las abusadoras del alcohol y al 86% en las dependientes del mismo. Este estudio corroboró que los trastornos más frecuentes en las mujeres eran los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Como se verá posteriormente, ser víctima de violencia se asocia fuertemente a problemas de salud mental (Campbell, 2002; Howard, Budge y McKay, 2010; Trevillion, Oram, Feder y Howard, 2012), siendo alrededor del 20% de las mujeres que experimentaron violencia las que al cabo de un año desarrollaron un trastorno psiquiátrico (Okuda et al., 2011).

En un contexto de Comunidad Terapéutica, el perfil de usuario-a mostraba que un 40,3% presentaba además del trastorno por uso de sustancias, uno o más trastornos psiquiátricos. Las mujeres, con respecto a los varones, presentaban una mayor edad de inicio en el consumo, un nivel de estudios superior, mayor porcentaje de altas terapéuticas y de prevalencia de trastornos afectivos, de trastorno límite de la personalidad y otras patologías. Los trastornos psicóticos y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es menos frecuente (Luque, 2011; Vicent, Pelayo, Extremera y Fuentes, 2012).

La patología dual sin embargo ha sido excluida del DSM-5, clasificando dicho manual a las adicciones en trastornos "por uso de sustancias" y trastornos "inducidos por sustancias" por lo que las personas afectadas siguen sin disponer de un abordaje integrador y por tanto eficaz, al alargarse la enfermedad mental, surgir recaídas, presentar mayor tiempo de hospitalización, de violencia, encarcelación y complicaciones médicas (Szerman et al., 2015).

Por otra parte, los nuevos avances en neurociencia han impulsado al National Institute of Mental Health (NIMH) a desarrollar un proyecto llamado Research Domain Criteria (RDoC) (Insel, Cuthbert, Garvey, Heinssen, Pine, Quinn, et al. 2010) en el que se intenta reunir todo lo que se ha establecido en el campo de la psicopatología por medio de técnicas de neuroimagen, alteraciones funcionales ejecutivas, marcadores genéticos y circuitos neurológicos establecidos en cognición, emoción y conducta objetivables. De esta forma, el foco de atención para el abordaje de los trastornos pasa a ser 'de lo que se ve', es decir, de los efectos de éstos o sus síntomas según el modelo del DSM-5, "sobre la medida *objetiva* de lo que sea" (p. 7) es decir, mediante la recogida de elementos objetivables (Laurent, 2014). Así, el NIMH, en 2008, concluye un plan estratégico que persigue el desarrollo de nuevas clasificaciones de los trastornos mentales en función de algunos o diversos criterios basados en dimensiones observables y medidas neurobiológicas. El proyecto RDoC se presenta como una iniciativa para generar investigación y construir nueva literatura nosológica clasificatoria de los trastornos mentales basada en la neurociencia desde una perspectiva nueva, enfatizando las relaciones entre los sistemas neurales fundamentales y las alteraciones funcionales, incluyendo la influencia del neurodesarrollo y de los factores ambientales. La contribución fundamental de este proyecto será por tanto una comprensión mayor y un mejor tratamiento de los trastornos mentales (Cuthbert e Insel, 2013).

En los procesos de uso de sustancias se combinan variables interrelacionadas que engloban cada uno de los factores intervinientes: la persona consumidora (momento evolutivo del ciclo vital, historia de vida personal, personalidad, etc.), las sustancias (propiedades físicas y químicas, formas de administración, mecanismos de acción, etc.), y el contexto propio de cada persona entendido en un sentido amplio -estilos de vida, aspectos culturales, legales, estereotipos sociales, etc.- (Laespada, Iraurgi y Arostegui, 2004; Martínez-Vargas, 2002; Miranda y Gómez, 2007). Sin embargo, los sistemas diagnósticos actuales no posibilitan una visión integrada de las formas y patrones de evolución de una situación específica ni de por qué puede ésta generar diferentes diagnósticos: por ejemplo, estrés en la infancia supone un riesgo de depresión, TLP o TEPT (Cuthbert e Insel, 2013).

Es posible que los avances del proyecto RDoC, en el que se combinan factores de riesgo tan dispares como infecciones prenatales, negligencia o abusos en primeras etapas de la vida, diferentes respuestas al estrés, etc., puedan dar respuestas más ajustadas a una experiencia de adicción a sustancias, a una mayor predisposición a la violencia y a otros síntomas antecedentes, emergentes y concurrentes de los trastornos mentales. Mientras tanto, quizá no sea posible un estudio concluyentemente explicativo de la relación entre la adicción-, como enfermedad mental- y violencia; una investigación que dé respuesta de manera global a los antecedentes, las causas, los efectos y las consecuencias de la relación entre ambas.

Al hilo de lo precedente y hasta conocer de un modo más exacto el peso de la genética, del sistema endocrino y su influencia sobre la estructura del sistema nervioso y, a su vez, cómo ésta puede afectar a los comportamientos, sentimientos y/o pensamientos de las personas, ¿qué relación puede existir entre la medicalización de las mujeres por parte del sistema sanitario, el abuso y/o dependencia de los hipnosedantes, tranquilizantes y somníferos por parte de éstas, el hecho de que estas sustancias sean las drogas más consumidas por la población femenina, que relación decíamos puede haber con la sobreexigencia familiar, laboral y social sobre este colectivo y con la escasa representación pública y cuota de poder, de reconocimiento social al fin y al cabo, aún existentes?. Quizá la violencia de género puede, en buena parte, dar respuesta a todo ello. Violencia de género que sujeta e inmoviliza las relaciones entre los sexos anímica e estructuralmente. Quizá la patología dual sea, en última instancia, efecto y causa de este estado, acentuado en las últimas décadas por una mayor conciencia de género.

## 1.5. Epidemiología y otros indicadores sobre el consumo de drogas en las mujeres

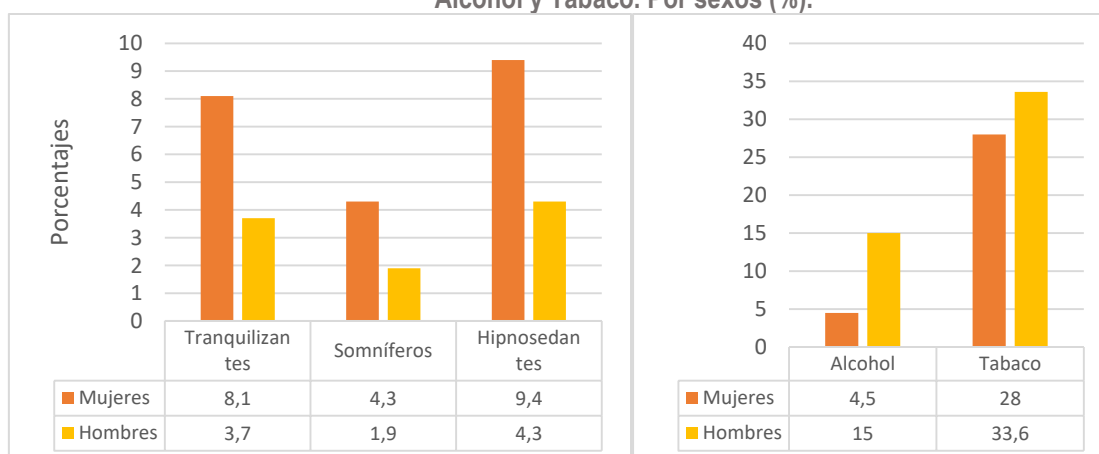
En esta parte se analizarán los siguientes indicadores en relación con la drogodependencia en el colectivo femenino: la epidemiología del consumo de drogas, el indicador Admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, Urgencias hospitalarias en personas consumidoras de sustancias psicoactivas y Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Como se verá la epidemiología, como estudio, no es capaz de reflejar la realidad de las mujeres drogodependientes, ya que al poner el valor en el peso cuantitativo de los datos, éstos reflejan principal y generalmente la realidad mayoritariamente masculina y ocultan e invisibilizan la femenina.

En nuestro país el Informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), señala las siguientes características en los consumos de las diversas sustancias psicoactivas, según edad y sexo. Cuando no se especifica otra referencia temporal, los análisis corresponden al informe de 2015 con datos de 2013.

Las diferencias por sexos en **la prevalencia de consumo diario** de sustancias psicoactivas en población de 15 a 64 años fueron las siguientes:

- Las mujeres consumen, con o sin receta, más tranquilizantes (8,1% frente al 3,7%), somníferos (4,3% frente al 1,9%) e hipnosedantes (9,4% frente al 4,3%) que los hombres.
- Los hombres consumen más tabaco (33,6% frente al 28,0%) y alcohol (15% frente al 4,5%)

Gráfico 1. Prevalencia de consumo diario de Tranquilizantes, Somníferos, Hipnosedantes, Alcohol y Tabaco. Por sexos (%).



Fuente: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES

## Drogas ilegales

El consumo de alucinógenos, éxtasis (en los últimos 12 meses) e inhalantes volátiles (alguna vez en la vida) es minoritario entre las mujeres (menos del 0,8%) y también desciende según aumenta la edad de éstas. La evolución de la prevalencia de estos consumos también desciende con los años hasta 2013, último año de estudio.

La prevalencia mayor de consumo de anfetaminas (en los últimos 12 meses) se sitúa entre las mujeres de 15 a 24 años y alcanza al 1,2% de la población femenina. El de heroína, siendo igualmente minoritario, alcanza el 0,4% entre las féminas de 45 a 54 años y desaparece por completo entre las mayores de 55 años.

Con respecto al consumo de cánnabis, al igual que ocurre con el consumo de anfetaminas, desciende según las franjas de edad y entre las mujeres más jóvenes alcanza el 14,5% en los últimos 12 meses y el 9,1% en los últimos 30 días. Teniendo en cuenta el riesgo que presenta el consumo de cánnabis entre la población de 15 a 64 años, la prevalencia del consumo de riesgo entre los hombres es del doble en éstos (29,0% frente a 15,2% del consumo femenino). Este porcentaje disminuye en las mujeres según aumenta la franja de edad.

Al igual que ocurre con el cánnabis, el consumo de cocaína también es mayoritariamente masculino. La prevalencia de consumo para las mujeres más jóvenes (de 15 a 24 años) es de 2,2% y de 3,2% para los hombres de igual edad. El consumo de cocaína de los hombres aumenta en las franjas de edad siguientes hasta llegar a los 45-54 años, etapa en la cual baja la prevalencia del consumo. En las mujeres, desde las edades más jóvenes, el consumo desciende progresivamente.

## **Drogas legales**

El porcentaje de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15 a 24 años está en el 25,9% para ambos sexos. A edades más avanzadas el consumo es mayoritariamente masculino para todas las franjas de edad. En las mujeres mayores de 25 años, la prevalencia de consumo aumenta, siendo las de entre 45 y 54 años las que más fuman (33,1%), aunque en menor proporción que los hombres de esa misma franja etaria (37,5%).

Si se observa el consumo de alcohol, se aprecia que es mayoritariamente un consumo masculino en cualquier edad y en las diversas formas de consumo. La diferencia de prevalencias por sexo en los últimos 12 meses en la población más joven (hasta los 24 años) son menores a la hora de 'hacer botellón' (el 47,9% de las chicas y el 56,2% de los chicos), y 'hacer botellón y beber alcohol' (44,7% de las chicas y el 52,2% de los chicos). Lo mismo ocurre con los episodios de intoxicaciones etílicas agudas, borracheras comparadas las mismas edades en los últimos 30 días (13,8% de las chicas y el 21,9% de los chicos). La prevalencia del consumo de riesgo para esta sustancia en 2013 se sitúa en el porcentaje más alto para las personas más jóvenes, de 15 a 19 años (8,4% en las chicas y 14,5% en los chicos), y desciende para ambos sexos en las otras franjas de edad superior, al igual que la prevalencia de una posible dependencia (0,1% para las mujeres más jóvenes y 0,8% para los chicos).

Con respecto al consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), en relación con los consumos en los últimos 12 meses, la proporción de hombres y mujeres que los consumen crece progresivamente. En las mujeres el consumo aumenta del 5,8% entre las más jóvenes al 29,0% entre las de más edad. En los hombres el consumo aumenta del 3,0% al 12,0% para estas mismas cotas de edad. Cuando el consumo se realiza diariamente, los porcentajes descienden entre tres y cuatro puntos porcentuales, aunque manteniendo la misma evolución por edad y sexo.

## Evolución del consumo y diferencias entre 2005-2013

Al analizar la evolución en el consumo de las diversas sustancias psicoactivas entre 2005 y 2013<sup>3</sup> en población de 15 a 64 años, se aprecia que:

1. Consumo de sustancias **en los últimos 12 meses**. Entre las mujeres bajan los consumos de todas las sustancias, excepto de alcohol; sustancia que porcentualmente pasa del 69,2% en 2005 al 73,4% en 2013, de tranquilizantes (5,2% en 2005 y 14% en 2013), somníferos (3,5% y 7,3%) e hipnosedantes (6,7% y 16%), con o sin receta. Los consumos sin receta de estos medicamentos se mantienen estables y en porcentajes muy bajos para ambos sexos en y entre ambos años.
2. Consumo de sustancias **en los últimos 30 días**. Entre las mujeres bajan los consumo de todas las sustancias, menos de tabaco (33,6% en 2005 y 34,8% en 2013), alcohol (42,9% y 55,3%, tranquilizantes (3,7% y 10,4%), somníferos (2,8% y 5,5%) e hipnosedantes (5,1% y 12,1%).

Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de consumo de Tranquilizantes, Somníferos, Hipnosedantes, 2005-2013. Mujeres (%).

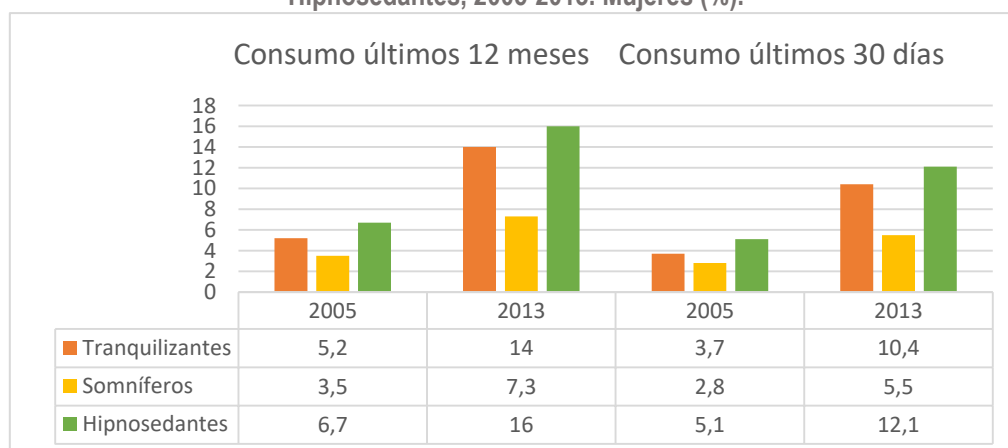
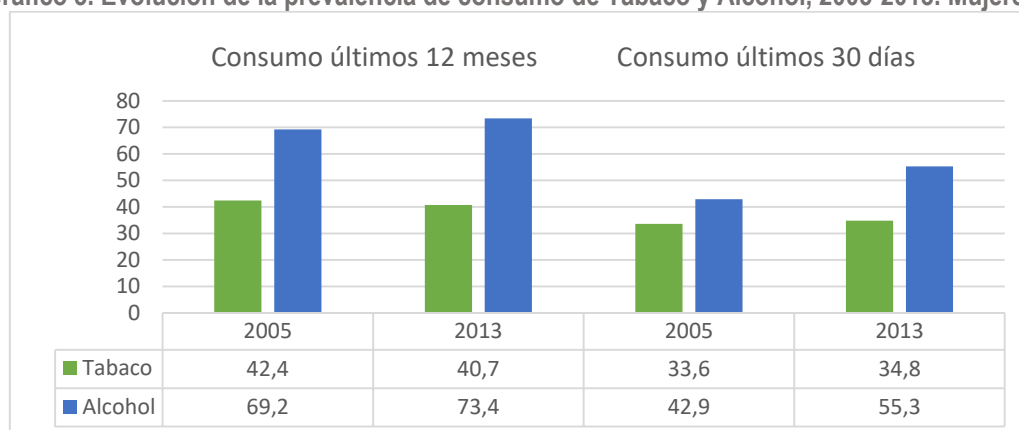


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de consumo de Tabaco y Alcohol, 2005-2013. Mujeres (%).



Fuente: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES

<sup>3</sup> Se han considerado estos años por las siguientes razones: en 2005 el PNSD incorpora este año la clasificación con las categorías correspondientes a tranquilizantes (con o sin receta), tranquilizantes (sin receta), somníferos (con o sin receta), somníferos (sin receta) e hipnosedantes (con o sin receta). Por otra parte, los últimos datos publicados en el Informe 2015 corresponde a 2013.

## **Características del consumo en las mujeres**

En relación con el número de sustancias que se consumen, las estadísticas señalan que son más las mujeres que no han consumido ninguna sustancia. También son las que consumen una sola sustancia hasta la franja de edad de los 44 años y siguientes. El consumo de dos drogas es más frecuente entre las mujeres hasta los 34 años y a partir de esa edad se produce con más frecuencia en los hombres. Hasta los 44 años son los hombres los que consumen tres drogas en mayor proporción que las mujeres, en franjas mayores son las mujeres las que las consumen. En el consumo de cuatro o más sustancias son mayoritariamente los hombres los protagonistas.

En el área del consumo de las nuevas sustancias<sup>4</sup> que aparecen en el mercado negro, el porcentaje de mujeres (1,3%) que las ha consumido resulta minoritario, tanto para consumos una vez en la vida (4,6% en los hombres), en los últimos 12 meses, (0,3% en mujeres y 1,1% en los hombres) y en los últimos 30 días (0,2% en mujeres y 0,5% en los hombres).

Por otra parte, y con respecto al riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15 a 64 años, las mujeres obtienen porcentajes mayores para todos los ítems, menos los referidos al consumo de hipnosedantes, en los que se considera que cada conducta de consumo, con una frecuencia de una vez al mes o menos y de una vez por semana o más, puede producir muchos o bastantes problemas.

Con respecto al número de personas inyectoras de drogas admitidas a tratamiento por abuso de dependencia de drogas psicoactivas en 2013, el 14,4% de mujeres declara haber experimentado esta pauta en los 12 meses previos a la admisión o al menos una vez en la vida. Si bien el porcentaje va en consonancia con los porcentajes medios de consumo de drogas ilegales, la prevalencia de infección por VIH es mayor entre las mujeres que entre los hombres (26,1% frente al 24,2%) y son más las mujeres conocedoras de su estado que los hombres que conocen este diagnóstico (74,5% y 62,8%).

## **Otros indicadores**

Se ha procedido a una revisión de los datos del indicador Urgencias hospitalarias en personas consumidoras de sustancias psicoactivas, del indicador Admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y del Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, recogidos en los informes en los años 2010 y 2015 del Sistema de Información sobre Toxicomanías de la CAPV y Estatal y del indicador Consumo de drogas en los últimos 12 meses del Observatorio Español sobre Drogas.

## **Urgencias hospitalarias como reacción al consumo de sustancias psicoactivas**

En el territorio español, el porcentaje de mujeres atendidas por los servicios de urgencias con respecto al total es de 26,1%. Desde 2005 a 2013<sup>5</sup> el porcentaje de mujeres se mantiene entre el 21,6% y el 26,1%.

---

<sup>44</sup> Según el OEDT, son: setas mágicas, ketamina, GHB, spice, mentanfetamina, salvia, nexus, E. anabolizantes, piperazinas, mefedrona, research chemicals y legal highs.

<sup>5</sup> Se ha seleccionado una franja de ocho años para observar las posibles variaciones en los indicadores. Los años son 2005 y 2013.

En la CAPV, en 2013, las urgencias femeninas representaron el 35,4% del total de los episodios de urgencias. Hombres y mujeres acuden a urgencias por el consumo de las mismas sustancias psicoactivas según el orden siguiente: cocaína, alcohol, cannabis, hipnosedantes, heroína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos e inhalantes volátiles. De 2012 a 2013 crece el número de episodios protagonizados por mujeres que acuden a urgencias por consumos de: cocaína, alcohol, cannabis, hipnosedantes, otros opióides distintos a la heroína y éxtasis y derivados.

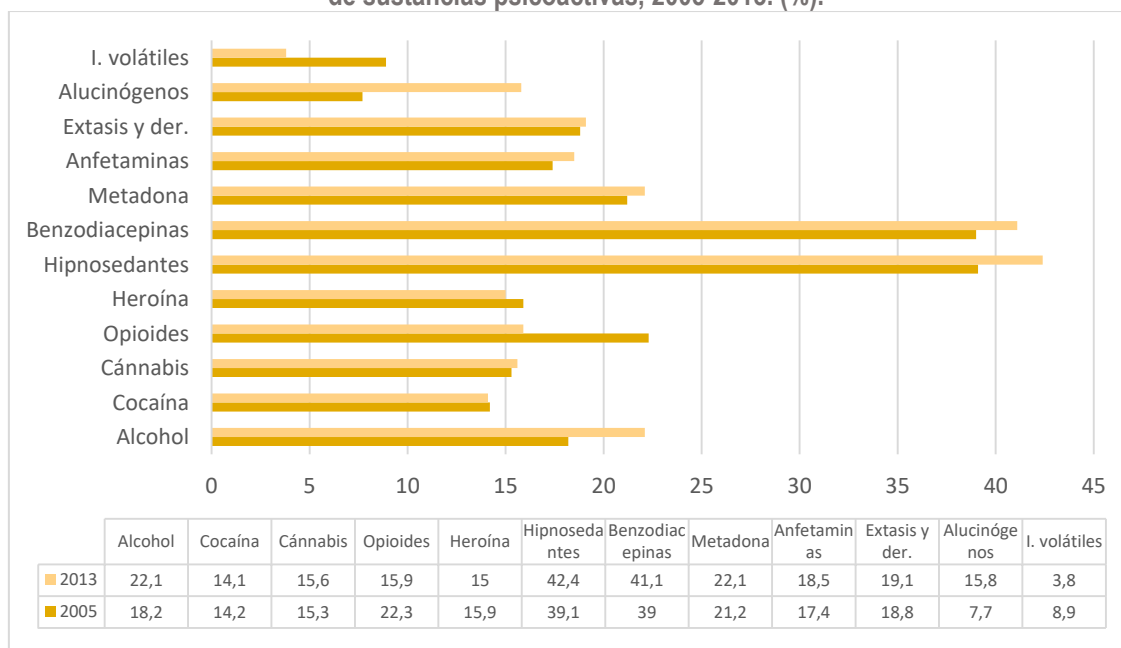
En el indicador urgencias sería necesario introducir los datos desagregados por sexo en todas las variables: en los datos evolutivos, en el análisis de los tipos de urgencias, en la resolución de los casos y en los datos sobre las vías de administración de las drogas.

### Admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

El porcentaje de mujeres que acceden a tratamiento por el consumo de alcohol aumenta en 3,9 puntos porcentuales desde 2005 a 2013 (18,2% en 2005 y 22,1% en 2013). Las mujeres consumidoras de cánnabis, hipnosedantes, benzodiacepinas, anfetaminas, éxtasis y derivados e inhalables volátiles también han aumentado en los tratamientos (Gráfico 4).

En el indicador tratamiento no aparecen desagregados por sexo los datos relativos a la existencia o no de tratamiento previo, de la evolución del número de personas tratadas por consumo de drogas ni de las características del consumo, tampoco de la vía de consumo inyectada e infección por VIH. Cabe decir desde ahí que los datos son escasos e insuficientes de cara a un conocimiento más real y exacto de la situación de las mujeres en los actuales tratamientos. También sería necesario incorporar análisis cualitativos en los indicadores de urgencias y tratamiento que faciliten sentido y comprensión de las condiciones y contextos sobre las cuales las personas ingresan en ambos servicios.

**Gráfico 4. Evolución del porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, 2005-2013. (%).**

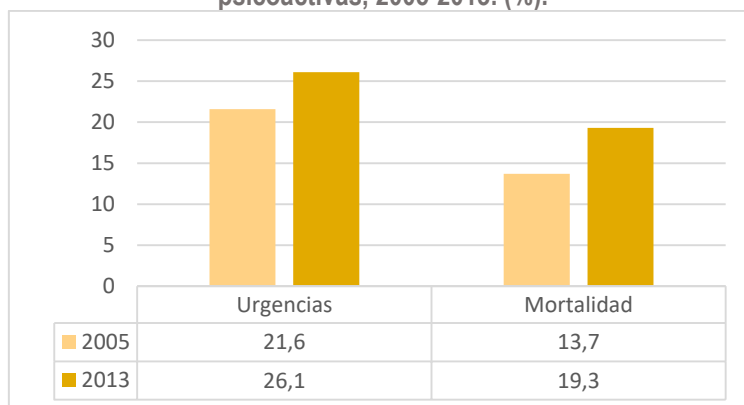


Fuente: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES

## Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

Este indicador no dispone de datos desagregados por sexo excepto respecto al número de casos habidos en los años de estudio. En cuanto al número de personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, el porcentaje de mujeres entre 2005 y 2013 ha aumentado, pasando del 13,7% al 19,3%. El número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales en función del sexo también señala un aumento, pasando del 15,3% en 2013 al 17,4% en 2015.

Gráfico 5. Evolución de la atención en urgencias y de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas, 2005-2013. (%).



Fuente: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES

Como se ha visto, los informes epidemiológicos reflejan que las mujeres con problemas de adicción a drogas, identificados a través de los consumos diarios de sustancias psicoactivas y del volumen de episodios de urgencias protagonizados, no acceden a los tratamientos en igual proporción que los hombres. Ello es debido a que las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para iniciar un tratamiento. Veremos detalladamente este punto más adelante.

Como se ha señalado, no todos los datos de estos tres indicadores principales están segregados por sexo. Los indicadores, como observables y señaladores de situaciones y condiciones específicas que miden acciones, iniciativas, resultados o cambios a través del tiempo, deberían al menos desagregarse por sexo para poder re-conceptualizar la problemática del consumo de drogas y sus consecuencias sobre la vida y la salud de las mujeres y hombres. Posteriormente a esta re-conceptualización se deberían identificar las necesidades para ambos sexos. En los actuales informes la documentación desagregada por sexos es escasa e insuficiente, y la que lo está apenas permite señalar diferencias más allá de la relativa a algunas variables sociodemográficas. La importancia de las consecuencias del consumo de drogas en las mujeres, al igual que en los hombres, debe movilizar un análisis más profundo de las circunstancias específicas que rodean el consumo de drogas y sus efectos directos e indirectos sobre la vida de las mujeres.

Por tanto, la lectura epidemiológica no es capaz de reflejar las circunstancias específicas de las mujeres drogodependientes. Esta lectura pone en valor el componente cuantitativo de la realidad de las personas drogodependientes en general, con perfiles, lecturas y modelos más exactos a la realidad masculina, pero desdibujada, desenfocada o invisibilizada para la femenina.

Se ha podido comprobar que los sistemas de recogida de datos sobre indicadores relevantes como el número y las características de las admisiones al tratamiento, de los episodios de urgencias hospitalarias, mortalidad, etc. no tienen desagregados por sexo todos los datos y referencias, por lo que resulta difícil analizar los factores diferenciales si la realidad se muestra indiferenciada en la base. Es básico aceptar que el análisis cuantitativo por sexo inicialmente, y por género posteriormente, debería incluirse a la hora de organizar prioritariamente los indicadores en las estructuras sanitarias, tanto en las asistenciales como en las de diagnóstico, investigadoras, académicas, planificadoras y preventivas. Es importante que la investigación sobre cualquier aspecto sanitario contemple el sistema sexo-género, ya que una lectura homogénea de los datos no beneficia sistemáticamente a la salud de las mujeres. Este hecho es un sesgo de género, en el sentido de que la invisibilización de las diferencias en la lectura de los datos, así como en el diseño y el tratamiento de los programas e intervenciones, puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de las personas, hombres y mujeres (Ruiz Cantero, s.n.).

## **1.6. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la adicción en las mujeres**

A continuación se inicia la descripción de los principales factores que están asociados al abuso de sustancias adictivas por parte de las mujeres. El objetivo es ofrecer un panorama detallado sobre las circunstancias y situaciones de influencia que la literatura científica ha subrayado como especialmente relevantes y de más trascendencia a la hora de explicar este fenómeno en el colectivo femenino.

Según la literatura revisada hay tres grupos principales de factores asociados estrechamente y relacionados con la vulnerabilidad a la adicción a drogas: 1. Biológicos y genéticos, 2. Psicológicos y psiquiátricos y 3. Sociodemográficos y socioculturales (Swendsen y Le Moal, 2011; Bühler, 2015).

### **1.6.1. Factores individuales**

#### **Factores Biológicos y genéticos**

Los factores biológicos y genéticos son los que determinarán el efecto fisiológico que manifestará una sustancia en una persona, en un momento dado, y que influye en el potencial adictivo de esa sustancia (Swendsen y Le Moal, 2011). Se refieren a los cambios neuroplásticos desarrollados tras el consumo habitual y a la existencia de variantes en el genoma que podrían afectar al funcionamiento de las proteínas y repercutir en determinados sistemas funcionales concretos. Los factores genéticos hacen que las adicciones tengan un componente hereditario muy importante (Bühler, 2015).

Jiménez (2005) destaca que el riesgo de adicción al alcohol es cuatro veces superior si en el historial familiar aparecen episodios de frecuencia en el consumo. Parece que existe una predisposición genética al alcoholismo debido a la alteración de los genes relacionados con el sistema de recompensa que se modifica debido a la tolerancia tras un periodo de consumo prolongado. Un reciente estudio concluye que la proteína (DARPP-32) presente en el núcleo de ciertas células nerviosas, resulta clave en el mecanismo de recompensa alterado en las adicciones. El abuso tanto de sustancias tóxicas como de comida produce la acumulación de esta proteína, lo cual trastoca las vías de señalización por las que el cerebro reconoce estímulos placenteros. Los animales cuya proteína estaba mutada eran más propensos a conductas

adictivas (Nairn, Svenningsson, Nishi, Fisone, Girault y Greengard 2004; Svenningsson, Nishi, Fisone, Girault, Nairn y Greengard, 2003).

Por otra parte, los estudios con familias, con familias de adopción y los estudios con gemelos permiten concluir que la vulnerabilidad a las adicciones es un proceso complejo con gran influencia genética y ampliamente compartida por las personas que abusan de diferentes sustancias adictivas (Uhl, Drgon, Johnson, Fatusin, Liu, Contoreggi et al. 2008; Bühler, 2014).

### **Factores psicológicos y psiquiátricos**

A este nivel se atribuyen las experiencias y preferencias de las personas y la comorbidad con otros trastornos mentales como por ejemplo, ansiedad, depresión y TDAH (Grant et al., 1995).

Diversos estudios señalan una mayor presencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos específicos entre las mujeres: depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, estrés postraumático, intentos de suicidio (Neale, 2004; Meneses, 2007; Villagrà et al., 2011) debido a una alta probabilidad de haber sufrido abusos físicos y sexuales en la infancia y, en muchos casos, también durante la drogodependencia (Cohen et al., 2010; Meneses, 2007).

Además, y quizá como consecuencia de lo anterior, distintos estudios indican una mayor gravedad en las consecuencias del consumo en las mujeres (Llopis et al., 2005; Meneses, 2007) a causa de que las condiciones iniciales son más deficientes e inseguras.

### **1.6.2. Factores familiares y relacionales**

En el nivel sociocultural y sociodemográfico se encuentran todas aquellas variables que caracterizan a la población en su totalidad, como por ejemplo la localización geográfica o la cultura. También se incluyen en este nivel aquellas variables que caracterizan a un individuo dentro de una población determinada y que pueden influir en la probabilidad de este individuo de consumir drogas -edad, sexo, raza, nivel de educación, etc.- (Grant y Dawson, 1998; Merikangas, He, Burstein, Swanson, Avenevoli, Cui, Swendsen et al., 2010; Pitkänen, Lyyra y Pulkkinen, 2005). Son aquellos aspectos vinculados al entorno más próximo a la persona: la relación que mantiene cada sujeto con la familia, las amistades, el contexto escolar, etc. y que determinan una situación peculiar (Laespada et al., 2004).

### **Contexto Familiar**

Las mujeres que acuden a programas de tratamiento por abuso de drogas presentan antecedentes familiares más frecuentes y recurrentes de consumo problemático de drogas (Westermeyer y Boedicker, 2000; Meneses, 2007). En el estudio de Arostegui y Urbano (2004) se constató y ratificó que siete de cada diez mujeres drogodependientes (69,6%) señalaron la existencia de algún familiar con problemas de adicción. De ellas, casi siete de cada diez (66,7%) mencionó un padre con problemas de alcoholismo y el resto nombró a hermanos o hermanas con problemas adictivos por el uso de drogas ilegales. Relacionado con el contexto familiar, en el citado estudio las mujeres habían vivido en familias conflictivas y abandonicas y señalaron síntomas depresivos maternos. Todo ello crea un entorno difícil para llevar adelante procesos de individuación completos y hace suponer que el consumo de drogas por parte de las mujeres es una salida al sufrimiento y un modulador de su ansiedad y estrés.

Ramírez (2007) hace referencia a algunos factores de riesgo específicamente relacionados con el estilo y las formas de vida actual. Esta autora da por hecho que los contextos familiares actuales son muy diferentes a los del pasado y que en ambos subyacen diferentes valores y normas de comportamiento. En primer lugar señala las nuevas formas de producción de bienes de consumo y de servicio, entre los que se han incluido los grandes avances tecnológicos. En segundo lugar menciona aspectos directamente relacionados con los cambios en las relaciones entre los seres humanos, grupos, clases, sociedades y medio ambiente. Y por último señala cuestiones relacionadas con la producción de sentido y de significado y cómo las personas se definen a sí mismas y a las demás.

Paralelamente a esta idea, cuanto más disonancia exista entre el rol de género y el ejercicio eficaz de éste, mayor será el nivel de ansiedad y estrés que se experimenta y, como consecuencia, mayor la probabilidad de desarrollar problemas de salud. La autopercepción y la autoestima están condicionadas por la diferencia entre el rol de género asignado cultural y socialmente y la vivencia de su ejercicio.

Algunas características de la familia de origen y de las circunstancias relacionadas con la misma son las siguientes (Barreda et al., 2005; Rodríguez, 2001; Giménez, 2012):

- En general, las mujeres drogodependientes abandonan sus hogares familiares a edades más tempranas que los hombres drogodependientes.
- La mayoría de las mujeres acuden a los centros de tratamiento solas, optando por no involucrar a la familia, mientras que a los hombres generalmente les acompañan sus madres y/o parejas.
- La familia, en muchos casos, desconoce el problema del consumo de la hija, aun mostrando ésta síntomas evidentes de deterioro. Las mujeres no cuentan a sus madres el problema por vergüenza o por ver a sus madres sobrecargadas y pensar que no tolerarían su adicción. La falta de una relación íntima y de confianza es común. Ambas comparten la misión de mantener estables las relaciones intrafamiliares, por lo que el consumo de drogas es vivido como un fracaso. La madre suele ser objeto de reproche por el resto de integrantes de la familia respecto de su responsabilidad en el consumo de drogas de su hija.
- La relación con el padre de las mujeres drogodependiente suele ser ambivalente, aunque en ocasiones mantiene una relación de alianza con esta figura frente a la madre.
- Comparando familias de varones y mujeres drogodependientes, las madres de esos varones mantienen una tendencia de los problemas centripeta, esto es, dan respuesta al problema en el seno familiar. Sin embargo, las madres de las mujeres drogodependientes mantienen una tendencia centrífuga a través de la cual se provoca la salida de las mujeres drogodependientes del entorno familiar o tienden a que éstas se autoexcluyan.

Con respecto a los antecedentes personales, el porcentaje de mujeres alcohólicas con antecedentes de abusos físicos, psicológicos y/o sexuales en la infancia y la adolescencia es muy alto, entre una y tres mujeres de cada cuatro según los diversos estudios (Miller, Downs y Testa, 1993; Hein y Scheier 1996; Blume, 1998; Pérez y Mestre, 2013; Stocco, Llopis, DeFazio, Calafat, y Mendes, 2000; Meneses, 2002a; Meneses, 2002b; Llopis et al., 2005).

Orte (2000) estudió la incidencia de la violencia recibida en la infancia en las mujeres drogodependientes y observó la existencia de una relación entre la misma y diversos problemas con la sexualidad, conductas de riesgo, conductas suicidas y trastornos psicológicos posteriores. La autora señala que el abuso sexual durante la infancia es un factor de riesgo de conductas

autodestructivas entre las mujeres. Así, refiriéndose a los estudios de Finkelhor, Orte señala que la drogodependencia podría ejercer de factor antecedente o consecuente de la situación de violencia o abuso sexual: “*como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso*” (p. 34). También concluye que los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y la drogodependencia como mecanismo de afrontamiento de la experiencia estresante. Señala al respecto que:

*Los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a corto y largo plazo incluyen conductas de aislamiento, baja autoestima, sentimientos de culpa, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, tendencia al consumo de drogas y alcohol, tendencia al suicidio y a la automutilación, promiscuidad sexual y riesgo de prostitución, embarazo, problemas de identidad sexual, desordenes múltiples de la personalidad y desórdenes de la alimentación, conductas antisociales, sentimientos de aislamiento y estigmatización (p. 32).*

Las experiencias son consideradas muy traumáticas, ya que el abusador suele ser alguien cercano a la mujer, el padre o padrastro, lo cual genera un mayor sentimiento de traición y de pérdida de la confianza, mayores trastornos familiares y menor apoyo emocional (Orte, 2002).

Rodríguez et al., (2002) manifiestan que si bien la existencia de abusos y/o maltrato en la infancia no determina la presencia de conductas de consumo de drogas en la adolescencia o en la adultez, entre las personas que consumen drogas sí hay una prevalencia más alta de conductas de violencia, maltrato y/o abusos físicos, psicológicos y/o sexuales. El hecho de padecer abuso se ha asociado a una mayor probabilidad de abuso de sustancias posterior por quien ha sido víctima de él. Parecen existir menos recursos familiares favorables para ayudar a las mujeres drogodependientes y tanto en las mujeres como en sus familias aparecen sentimientos de culpa y vergüenza dificultando con ello la relación de ayuda. Estas circunstancias generan vulnerabilidad a la hora del cambio.

## **Relación de pareja**

La mayoría de las investigaciones realizadas (Castillo et al., 2003; Meneses, 2002b) sobre el colectivo femenino en el ámbito de las drogodependencias confirman la influencia de la pareja, también consumidora de sustancias, en el inicio del consumo de drogas por parte de las mujeres.

A este respecto se ha nombrado la doble situación de dependencia de las mujeres respecto de la pareja y la sustancia, lo que le impide o dificulta afrontar sentimientos negativos, genera baja autoestima, insatisfacción personal y remueve traumas del pasado (Sirvent y Moral, 2007).

Se recogen en la siguiente Tabla 6 las características de la relación de pareja y perfiles de parejas propuestos por diversos autores-as, los cuales ayudan a ilustrar los factores que determinan las relaciones de pareja que más comúnmente establecen las mujeres drogodependientes en función de si su pareja presenta o no un problema de adicción a sustancias. Las relaciones que en general establecen las mujeres adictas con sus parejas son relaciones complementarias, lo que significa que las necesidades y actitudes de ambos miembros se complementan y se corresponden entre sí. En este sentido se pueden establecer las siguientes:

**Tabla 6. Características de la relación de pareja en las mujeres drogodependiente**

Las mujeres tienen más dificultades para encontrar y establecer relaciones con parejas no consumidoras	
Las diferencias educativas por la transmisión diferencial de valores y por las necesidades subjetivas de pertenencia en las mujeres, que son más importantes que las necesidades de individuación	
La drogodependencia podría ser una pseudoindividuación de la familia de origen	
Las mujeres sacrifican aspectos personales (de posibilidades de autonomía y de individuación) de su propia vida para mantener una relación de pareja	
Las mujeres atribuyen las dificultades en la relación a factores internos, justificando los comportamientos de sus parejas, las cuales los atribuye al exterior; esto genera sentimientos de culpa en ellas, lo que mantiene un círculo vicioso: se consume para soportar el dolor y la mala relación y al consumir se complica más la relación de pareja	
<b>Tipos de relaciones de-entre personas drogodependientes</b>	
<b>Cuidador-a Cuidado-a</b>	<b>Salvador-a Salvado-a</b>
<p><b>Ambos miembros son drogodependientes</b></p> <p>Mujer cuidadora del hombre y éste es cuidado por ella: tanto en proveer la droga como cuidados afectivos, domésticos y/o en la crianza. Equilibrio emotivo oscila entre el extremo de la fusión y el de la diferenciación. La droga funciona como regulador de la cercanía-distancia afectiva de la pareja.</p> <p><b>Mujer adicta-varón no adicto</b></p> <p>Existe reproche social al varón que permite esta situación, ello conlleva al silencio tácito y expreso del problema: no se habla, ni se resuelve, agravándose las consecuencias.</p>	<p><b>Ella es drogodependiente y él no</b></p> <p>La pareja representa un acuerdo pseudoterapéutico bilateral. Cada uno asigna al otro lo que piensa que el otro necesita.</p> <p>Ejemplo: mujer consumidora que ha ejercido prostitución y conoce a compañero en estas circunstancias.</p>

Fuente: Barreda et al., 2005; Bowen, 1991; Stanton y Todd, 1985; Norwood, 1989.

Se añade a esta parte, unas puntualizaciones al concepto de dependencia emocional, señalado por la literatura y relacionado con las relaciones de las mujeres en general y con las drogodependientes en particular (González-Bueso, Santamaría, Merino, Montero, Vega y López-Fernández 2016; Llopis et al., 2005). La existencia de estereotipos de género hace que a las mujeres que acuden a los tratamientos se las defina con dependencia emocional tanto a la relación de pareja en sí como al consumo de sustancias (Maroto, 2015).

Lo que determina la dependencia emocional de la pareja es la relación de maltrato y violencia por parte de ésta (Aiquipa, 2015; Amor y Echeburúa, 2016; Villegas y Sánchez, 2013). Según el estudio de Aiquipa (2005) los tres factores de la dependencia emocional que se encuentran más relacionados con la violencia de pareja son: el miedo a la ruptura de la pareja, prioridad de pareja y subordinación y sumisión, dimensiones presentes en las relaciones de maltrato y violencia.

Sin embargo, con respecto a la creencia de la dependencia emocional como factor generalmente asociado al colectivo femenino, un reciente estudio muestra que los chicos adolescentes universitarios puntúan más alto en dependencia emocional de sus parejas que las chicas (Urbiola y Estévez, 2015). La dependencia económica de la pareja es quizá lo que está en la base de las dependencias emocionales, dependencia económica que en el caso de mujeres drogodependientes resulta doblemente problemática, cuando no las hace recurrir a situaciones vitales más expuestas.

Es deseable que el campo de las nuevas masculinidades abra nuevas vías de conocimiento y pueda situar a cada género en unos planos más 'reales', lo que contribuirá a romper con los estereotipos de género que surgen desde las limitadas y rígidas visiones actuales estudiadas por las definiciones de la patología, las alarmas sociales o los intereses partidistas de las estructuras del poder.

### **Relaciones de maternidad/crianza**

Como cuestión específicamente femenina en el ámbito relacional es necesario hacer referencia a las relaciones de maternaje, en la medida que implica una posibilidad asignada por sexo y que relaciona a dos seres de manera única. En cuanto al género, el hecho de ser madre supone una especial sanción a las mujeres drogodependientes que transgrede su rol y que es además, drogodependiente por las consecuencias directas o indirectas que recaen sobre terceras personas, en este caso, las hijas e hijos (Arostegui y Urbano, 2004).

En general la crianza se afronta a solas, con dificultades y en condiciones precarias. Se pueden producir periodos de abandono de la función maternal en momentos de consumo activo, asumiendo la familia de origen las labores de cuidado y atención.

Barreda et al. (2015) señala las siguientes características del maternaje en las mujeres drogodependientes:

- Desarrollo de los hijos e hijas en un contexto en el que no se habla del problema materno
- Contexto organizado para que pueda realizarse el consumo de sustancias
- La pareja oculta o niega el problema y/o alguno de los hijos-as asume la responsabilidad del problema materno
- Sentimiento de vergüenza agravado frente al entorno
- Desprotección y deficientes cuidados en algunos casos
- Los abuelos maternos apoyan y/o asumen el rol de la crianza

La mitad de las mujeres y un tercio de los hombres drogodependientes tienen descendencia (Sánchez, De Vicente, Bolaños, 2010). Para las mujeres, la existencia de hijos e hijas se percibe como una de las motivaciones principales para iniciar un programa de rehabilitación, de igual forma que en muchos casos también se muestra como verdaderas dificultades la falta de recursos que facilitan un tratamiento en estas condiciones y por la posible desatención hacia sus cuidados en caso de no tenerles presentes, por lo que también es una de las causas principales para el retraso en el inicio de su petición de ayuda profesional. Así, las mujeres drogodependientes con hijos-as son sometidas a presiones, en las que decidan lo que decidan y hagan lo que hagan pierden, en mayor o menor grado, siempre: si se valora que un tratamiento residencial es el más adecuado, por no tener a sus hijos-as cerca; si decide dejar los cuidados y la gestión de esta responsabilidad a otros-as, por cómo compensar y supervisar esta dedicación; por las posibles críticas que reciben

si no están ellas con esta responsabilidad; por la pérdida de oportunidades de autocuidado y aprendizaje si deciden seguir manteniendo esta responsabilidad hacia sus hijos-as aceptando un programa compatible pero menos completo, etc.

### 1.6.3. Factores sociales y culturales

Se ha comentado anteriormente que algunos de los factores vinculados a la problemática de las mujeres drogodependientes son las expectativas familiares y sociales de conducta relacionadas con el rol históricamente desempeñado por las mujeres y la sanción que resulta de los comportamientos que no se ajustan a ellas (Arostegui y Urbano, 2004).

El marco social influye de forma directa e indirecta, como precedente y como resultado. El estudio de los factores sociales es fundamental para la comprensión de las características y dinámicas que presentan hombres y mujeres drogodependientes. Como precedente, porque los valores y estereotipos sociales definen la distinta percepción social hacia las personas en función del género. Y como resultado porque incide de forma específica en cómo van a ser las relaciones en ambos colectivos (Barreda et al., 2005).

Si bien tradicionalmente ha resultado que el hecho de pertenecer al colectivo femenino ha sido un factor protector o de protección frente al consumo de drogas, sobre todo de las ilegales, no es menos cierto que el hecho de consumir drogas ha situado al colectivo de mujeres drogodependientes en una posición de mayor exclusión social por el hecho de serlo. La desigualdad social atribuida al género acarrea diferentes consecuencias personales, familiares y sociales, entre ellas se encuentran (Castaños et al., 2007):

1. Mayor depresión, ansiedad y estrés en las mujeres.
2. Mayor peso social a la apariencia física en las mujeres, lo que es un factor de riesgo directamente relacionado con el consumo de determinadas drogas (ej., cigarrillos y anfetaminas).
3. La adaptación de las mujeres al contexto social implica una ruptura de equilibrios individuales internos (en desempeño de los roles asignados y conocidos -cuidadora de los-as demás- pero poco valorados) y externos (desempeño de nuevos roles familiares, laborales y sociales, más deseados y libremente elegidos, pero que por ser nuevos generan más ansiedad).

En este sentido, con relación al exterior, los cambios sociales y los nuevos roles desempeñados (acceso a un trabajo remunerado, al asociacionismo, a la política, etc.) han generado sobre ellas presiones que se traducen con facilidad en falta de confianza y de seguridad en ellas mismas, por la novedad de los retos y la escasez de modelos referenciales. Con relación al interior, las mujeres rechazan el rol tradicional por la falta de reconocimiento y valoración de su ejercicio (Conde, 2000). Los valores masculinos han sido asociados a estatus, poder y competencia sociales, al ser roles ejercitados en la esfera pública, mientras que los de las mujeres, en general y hasta momentos recientes, se presentan en la esfera privada.

Esta situación, para las mujeres, conlleva la negación de la demanda de ayuda, o de un excesivo retraso a la hora de solicitarla frente a un problema de adicción, por ejemplo. Como señala Barreda et al. (2005): *“la mujer drogodependiente se encuentra en clara desventaja a la hora de acceder a tratamiento o a algún tipo de ayuda, por el riesgo colateral que supone de fracaso, aislamiento y*

*pérdida de la valoración positiva en relación al rol de género*” (p. 16). El sistema afectado, la familia, oculta o alarga la petición de ayuda por no perder al miembro sobre el que pivotan la mayoría de las responsabilidades familiares.

Algunas consecuencias con relación a los factores sociales asociados al consumo de drogas en las mujeres se manifiestan cuando se analiza la situación socioeconómica de las mujeres que acuden a los programas de tratamiento para la deshabituación. Con respecto al nivel socioeconómico, las mujeres drogodependientes que acuden a los programas de tratamiento presentan en general más dificultades económicas, es decir, disponen de menos recursos que los varones (Arostegui y Urbano, 2004; OEDT, 2015). Otras consecuencias a otro nivel son las que presenta en la siguiente Tabla 7.

**Tabla 7. Consecuencias individuales con relación a los factores sociales asociados al consumo de drogas en las mujeres**

Las mujeres drogodependientes perciben mayor culpabilidad y consecuencias más negativas
El sentimiento de culpabilidad incide en el autoconcepto y autoestima, lo que afecta a su vez en la imagen de sí, bajo nivel de autoeficacia y en una actitud pesimista sobre la posibilidad de cambio
El consumo de sustancias comporta un mayor coste social en comparación con los hombres Se pone en duda la competencia en sus roles de mujer, madre, pareja, etc.
La valoración negativa de la conducta de consumo en las mujeres, facilita el desarrollo de estereotipos

Fuente: Etorre 1998; Barreda et al., 2005.

Otras consecuencias hacen referencia a áreas sociolaborales, de falta de formación, precariedad de la vivienda, menor red social (PNSD, 2015).

La situación laboral más común para las mujeres en el momento de acceder a los programas es la falta de empleo. Las que han trabajado o trabajan ocupan puestos más precarios (Castillo et al., 2003; Grella, 2008).

En general, a las mujeres drogodependientes les cuesta más valorarse ya que culturalmente la transgresión social que supone el consumo de drogas es mayor, porque han asumido una cultura que castiga más incisivamente la transgresión que supone el consumo de sustancias en las mujeres. En la socialización de estas mujeres han faltado experiencias de “autovaloración, autoafirmación, experimentación y el enfrentamiento de dificultades, así como vivir situaciones que no responden a lo que se espera de ellas” (Barreda et al., 2005, p. 27). Puede decirse que junto a los roles asignados y las expectativas de conducta, la sanción que surge de la acción de ciertos comportamientos no ajustados a estas expectativas son elementos muy presentes en el ámbito de las drogodependencias en mujeres (Aróstegui y Urbano, 2004)

Como se ha podido comprobar, los roles sociales asignados a las mujeres no sólo son más invisibilizados, juzgados y no reconocidos, sino que también, y a consecuencia de ello, las sitúa en una auténtica posición de vulnerabilidad social y personal. Por sí misma esta situación se constituye en un desequilibrio vital determinado por el contexto social, que genera situaciones de riesgo antecedentes a la aparición de conductas ‘inadaptadas’, entre ellas el consumo de sustancias y/o diversos trastornos mentales.

## 1.7. Consecuencias de la adicción a sustancias

En esta parte se recogen las consecuencias que el consumo o la adicción de las diversas drogas acarrea a ambos colectivos, haciendo especial hincapié en las que afectan a las mujeres.

Las diferencias principales entre hombres y mujeres drogodependientes se atribuyen a las variaciones hormonales vinculadas al sexo al que se pertenece, tanto las que proceden del proceso de cambio producido a lo largo de la vida como las que se vinculan de forma concreta al ciclo menstrual. Estas variaciones son las que parecen contribuir al refuerzo sobre la conducta de algunas sustancias y a la modulación de los efectos físicos (Barreda et al., 2005).

Recientes estudios en neuropsicología (Coullaut-Valera, Correar, Coullaut-Valera, Bajo-Bretón, 2014; Arbaiza, 2014) han señalado consecuencias neurológicas del consumo de drogas en personas drogodependientes: en consumos de alcohol y cannabis se presenta un mayor déficit en la memoria de trabajo (respecto a la memoria inmediata y sin relación con la memoria demorada) y en las funciones ejecutivas, que produce una menor inhibición a las respuestas automáticas, una atención reducida en acciones que necesitan un mayor tiempo para un pensamiento secuencial y lógico. A mayor tiempo de consumo, mayor probabilidad de presentar déficits cognitivos. Con respecto al funcionamiento neuronal, las personas drogodependientes presentan una alta sincronización interpretada como una compensación del cerebro a la respuesta del deterioro de sus redes cerebrales.

En la Tesis Doctoral de María Iria Arbaiza del Río (2014) *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el Drogodependiente* se concluye que las personas con adicción a sustancias psicoactivas muestran con respecto a las no drogodependientes una mayor prevalencia de síndromes clínicos, entre los que destacan trastornos de ansiedad, bipolar, del pensamiento y delirante. A su vez, presentan una personalidad por rasgos antisociales y paranoides más acentuados, trastornos del pensamiento y síntomas ansioso-depresivos. Las que consumen alcohol muestran síntomas más distímicos y en las policonsumidoras predominan los rasgos narcisistas.

Al hablar de las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo de las diversas sustancias los estudios señalan diferentes efectos físicos y psicológicos producidos en los hombres y en las mujeres consumidoras de drogas. A nivel general las Tablas 8 y 9 muestra las secuelas para las mujeres, algunas de las cuales son comunes en ambos sexos.

**Tabla 8. Consecuencias psicológicas y físicas del consumo abusivo de diversas drogas legales e ilegales en las mujeres**

CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL	
Consecuencias psicológicas y mentales	Consecuencias físicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Deterioro cognitivo: alteración de la memoria y expresión emocional</li> <li>· Trastornos psicóticos: síntomas depresivos, de ansiedad y trastornos en el estado de ánimo</li> <li>· Trastornos del sueño y de la conducta; más síntomas somáticos, más alteraciones psicopatológicas y mayor comorbidad psiquiátrica en depresión, trastornos de pánico y fobias</li> <li>· Percepción social más negativa, desadaptación social, pero menores problemas de conducta, menor repercusión a nivel conductual, laboral, legal</li> <li>· Mayores sentimientos de culpa, remordimiento personal, autocompasión y vergüenza</li> <li>· Autoconcepto o imagen negativa</li> <li>· Demencia alcohólica y psicosis de Korsakoff</li> <li>· Depresión mayor (19% frente al 5% en hombres), trastorno fóbico (31% frente al 13%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La misma ingesta de alcohol, distintos efectos físicos</li> <li>· Mayor nivel de alcoholemia debido a factores metabólicos, genéticos y endocrinos</li> <li>· Mayor pérdida de tejido cerebral</li> <li>· Trastornos del aparato digestivo (gastritis, úlceras y cáncer)</li> <li>· Trastornos endocrinos y metabólicos</li> <li>· Trastornos neurológicos</li> <li>· Envejecimiento prematuro</li> <li>· Trastornos en la sangre</li> <li>· Trastornos en el hígado y páncreas</li> <li>· Mayor tasa de mortalidad</li> <li>· Alteraciones ginecológicas</li> <li>· Ciclos menstruales irregulares</li> <li>· Menopausia precoz</li> <li>· Ausencia de ovulación</li> <li>· Riesgo de abortos</li> </ul>
CONSUMO ABUSIVO DE TABACO	
Consecuencias físicas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Efectos en la función ovárica y disminución en la secreción de estrógenos</li> <li>· En el embarazo, efectos sobre el feto</li> <li>· Menopausia precoz</li> <li>· Osteoporosis</li> <li>· Endometriosis, miomas, quistes ováricos, mastitis</li> <li>· Cáncer de cuello del útero, cérvix, de garganta, laringe, esófago, páncreas, riñón</li> </ul>	
CONSUMO ABUSIVO DE ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS, TRANQUILIZANTES	
Consecuencias psicológicas y mentales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Depresión, ansiedad, apatía y distimia</li> <li>· Trastornos del sueño</li> <li>· En algunos casos, pérdida de memoria, dificultades en la atención y concentración</li> </ul>	
CONSUMO ABUSIVO DE COCAÍNA	
Consecuencias psicológicas y mentales	Consecuencias físicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Deterioro en la atención, concentración, memoria y rendimiento académico</li> <li>· Aún al inicio del consumo, paranoia transitoria y psicosis cocaínica: agresividad y agitación, irritabilidad y distimia</li> <li>· Alteraciones psiquiátricas, como trastornos depresivos, ansiedad</li> <li>· Baja autoestima</li> <li>· Maltrato físico y/o sexual</li> <li>· Conductas violentas, agresividad</li> <li>· Problemas sociofamiliares</li> <li>· Respuestas de craving más intensas que influye en la frecuencia e intensidad de las recaídas</li> <li>· Disminución de la capacidad para el placer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Más vulnerabilidad física frente a las mismas ingestas</li> <li>· Alteración de la toxicidad de la droga en función del nivel de estrógenos</li> <li>· Disminución de los ciclos menstruales o ausencia de menstruación</li> <li>· En el embarazo, se asocia a aborto, prematuridad o muerte fetal, daños sobre el feto</li> </ul>

CONSUMO ABUSIVO DE HEROÍNA	
Consecuencias psicológicas y mentales	Consecuencias físicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Marginalidad, prostitución</li> <li>· Inicio más tardío del tratamiento</li> <li>· Violencia doméstica, antes y durante la adicción</li> <li>· Violencia por parte de la pareja, abuso sexual y físico</li> <li>· Abuso relacionado con TEPT.</li> <li>· Deterioro intelectual y trastornos psíquicos, baja autoestima, depresión, ansiedad y comportamiento suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Procesos infecciosos por las prácticas de riesgo (hepatitis, VIH, etc)</li> <li>· Alteraciones del aparato digestivo, hepáticas, renales</li> <li>· Alteraciones del sistema neuro-endocrino-inmune</li> <li>· Alteraciones del sistema locomotor</li> </ul>

CONSUMO ABUSIVO DE CANNABIS	
Consecuencias psicológicas y mentales	Consecuencias físicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ansiedad y ataques de pánico que aumentan con la dosis y bajan con la experiencia</li> <li>· Disminución del rendimiento intelectual</li> <li>· Alteraciones del aprendizaje y en la memoria, falta de atención</li> <li>· Apatía, falta de interés y motivación</li> <li>· Si existen factores predisponentes: cuadros psicóticos por intoxicación aguda, psicosis esquizofrénica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Procesos similares a los del consumo de tabaco</li> <li>· Alteraciones cardiovasculares, respiratorias y cáncer</li> </ul>

Fuente: Rubio y Escobar, 2002; Cabrera y Del Río., 2004; DSM-5, 2013; Sánchez, 2008; Ochoa (n.d.)

Las consecuencias familiares, laborales, escolares y legales del consumo abusivo de drogas para ambos sexos son las siguientes:

**Tabla 9. Consecuencias familiares y sociales del consumo de drogas en ambos sexos**

<b>FAMILIARES</b>
Aislamiento familiar, ruptura de relaciones o deterioro de las mismas Discusiones, separaciones, divorcios Problemas económicos Violencia, abusos, agresiones
<b>LABORALES</b>
Conflictos con compañeros-as, superiores Bajo rendimiento y calidad del trabajo Despidos, sanciones Absentismo laboral Bajas laborales
<b>ESCOLARES</b>
Conflictos con compañeros-as y profesorado Disminución del rendimiento intelectual Reducción del rendimiento escolar Pérdida del interés Abandono temprano de los estudios Absentismo Fracaso escolar
<b>LEGALES</b>
Acciones ilegales para costear los consumos Arrestos, detenciones por peleas, agresiones Sanciones y multas por conducir bajo efectos

Fuente: Sánchez, 2008.

A éstas consecuencias físicas y psicológicas de los consumos abusivos de drogas, en las mujeres se unen: 1. La dificultad que éstas presentan para reconocer y/o percibir las circunstancias problemáticas que les pueden afectar, 2. Las dificultades que éstas muestran a la hora de reconocer sus verdaderas necesidades e intereses particulares y personales y, 3. Las dificultades a la opción de solicitar ayuda o apoyo cuando no se dispone de recursos suficientes para hacer frente a los problemas y circunstancias vitales.

### **1.8. Las mujeres drogodependientes en los tratamientos**

En la última parte de este primer bloque se recopila información relativa a las circunstancias y dificultades que rodean a las mujeres drogodependientes cuando intentan acceder o acceden a los tratamientos para tratar su problema.

Diversos organismos internacionales, National Institute on Drug Abuse (NIDA), el grupo Pompidou (Hedrich, 2000) y más recientemente la ONU (2005), han realizado estudios sobre las necesidades de las mujeres drogodependientes y sobre las características de los servicios y programas que mejor respondían a sus condicionantes. La más actual reconoce que la diferencia de género es suficientemente importante y ampliamente determinante como para ser tenida en cuenta en el abordaje educativo-terapéutico de la drogadicción femenina. Manifiesta que en todo el mundo la vida de las mujeres es muy distinta a la de los hombres y ello tiene un claro reflejo de su forma de vivir los problemas que surgen por el consumo de sustancias: los problemas están más estigmatizados, el conocimiento de lo que les afecta es menor que respecto del colectivo masculino, por tanto se sabe mucho menos, en general, de las condiciones que debe reunir un tratamiento adecuado para ellas (Pantoja, 2007).

De forma generalizada ocurre, como que se ha comentado anteriormente, que muchas mujeres no reclaman ayuda por vergüenza, por miedo a perder a sus hijos y a ser etiquetadas como madres “inadecuadas” o a verse marginadas por la familia, la pareja o la sociedad, es decir, cuestiones específicas de género (Arostegui y Urbano, 2004). En esta misma línea, en el trabajo *Epidemiología del consumo de sustancias, episodios de urgencias hospitalarias y admisiones a tratamiento. Aproximación al análisis desde el sistema sexo-género* (Urbano, s.n.) se expuso que a pesar del aumento en la última década del consumo de drogas entre las mujeres, sobre todo de las legales, y del aumento del número de los episodios de urgencias protagonizados por éstas (triplicándose el porcentaje en la última década alcanzado casi el 40% del total), su representatividad en los tratamientos no ha aumentado y apenas alcanza el 15% de las nuevas admisiones.

La situación que se ofrece en nuestro país en cuanto a la menor presencia femenina en los tratamientos es una situación generalizada en otros países. La gran mayoría de trabajos a este respecto (ONU, 2005) señalan dos temas sobre la menor representación femenina: que las personas usuarias de los tratamientos son mayoritariamente hombres y que la menor participación femenina en los mismos tiene consecuencias negativas para las mujeres.

La realización de estos estudios plantea la necesidad de seguir profundizando en el conocimiento de las circunstancias que rodean a las mujeres drogodependientes para así aumentar la sensibilidad frente a estas problemáticas con el objetivo de completar lagunas asistenciales y promover intervenciones más específicas y personalizadas a las necesidades de las mujeres en tratamiento.

Diversas autoras (Reed, 1987; Martínez, 2008; Meneses, 2007) han planteado hipótesis sobre las razones por las cuales en los actuales programas de tratamiento la presencia de las mujeres es minoritaria:

La investigación sobre drogas inicialmente se dirigió a las sustancias y sólo recientemente se han considerado las características de las personas que las consumen. Además, al igual que en otras áreas de la ciencia, la referencia para la mayoría de los estudios y programas son los hombres blancos. Las mujeres han estado ignoradas en la mayoría de los estudios y en la investigación no se ha considerado suficientemente su importancia. El interés, hasta hace relativamente poco, ha estado centrado únicamente en las repercusiones sobre su salud reproductiva.

1. Las referencias mayoritarias han determinado el diseño de los servicios, por lo que las personas que crean los dispositivos de tratamiento desconocen las circunstancias de las mujeres. La investigación y los instrumentos de evaluación de los programas no han incorporado hasta muy recientemente la lectura por sexos, y menos aún la de género.
2. El consumo de drogas en las mujeres se ha caracterizado por ser un consumo privado y fundamentalmente de drogas legales, no generando apenas alarma social.
3. A este respecto Meneses (2007) en *Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia* recoge las diversas experiencias que a nivel internacional se han llevado a cabo sobre el tratamiento específico de las mujeres drogodependientes y resume que la gran mayoría de los estudios revisados han enfatizado una serie de circunstancias especiales en relación con este colectivo, como son: 1. Las barreras de acceso al tratamiento, 2. El diseño específico de los programas, 3. La insuficiente adecuación de los mismos a las necesidades de las mujeres, así como 4. Los resultados o abandonos.

En cuanto a las barreras de acceso, Beckman y Amaro (1984) las clasifican en: 1. Internas, las que parten de las mujeres: negando los problemas de la adicción, el miedo a la estigmatización, sentimientos de vergüenza y culpa y miedo a perder a los hijos o su cuidado mientras ella está en tratamiento y, 2. Externas, las que provienen de la familia o pareja en forma de oposición al tratamiento por las consecuencias frente a la falta de los roles desempeñados y estructurales y falta de sensibilidad y formación específica de las y los terapeutas. La ONU (2005) incluye además:

- Barreras inherentes a los sistemas: escasa representación femenina en los cargos de poder, escasa sensibilidad a las diferencias de género en lo referente a factores que influyen en el estado de salud, escasa información sobre la problemática de las mujeres drogodependientes y sus necesidades específicas, falta de modelos de tratamiento y la necesidad de una mayor gama de servicios para ellas ya que presentan problemas más graves que los varones) y obstáculos sociales, culturales y personales.
- Obstáculos estructurales: se señala específicamente que son las prácticas y las políticas las que frenan que las mujeres entren al tratamiento: la falta de atención a los hijos y/o hijas, la penalización (incluso legal en algunos países) hacia las mujeres drogodependientes embarazadas, dificultades de acceso a los programas (ubicación, costo, en algunos países la salida del hogar, horarios inflexibles, las listas de espera y la falta de respuesta inmediata, algunos programas niegan el acceso a mujeres con problemas psiquiátricos, la seguridad física, la falta de coordinación de los servicios, la falta de reconocimiento desde los servicios de atención primaria y la misma falta de información de las posibilidades de tratamiento).

- Obstáculos sociales, culturales y personales: consumo de sustancias como solución a los problemas, falta de ayuda familiar o de la pareja, miedo a perder a los hijos y/o hijas, estigmatización, culpa y vergüenza y circunstancias vitales adversas.

Con respecto al diseño específico de programas, la literatura ya ha señalado la necesidad de tener en cuenta ciertas consideraciones de cara a la implantación de programas para mujeres drogodependientes. En este sentido, Kaskutas et al. (2005), citados por Meneses (2007) pudieron comprobar que algunas mujeres en tratamiento no se sienten suficientemente cómodas en contextos grupales en los que se hablen de los problemas ocasionados por el consumo, su sexualidad o sus relaciones, si los mismos se compartían con varones. Otros autores (Covington, 2002) reseñados por Meneses (2007) plantean, al hilo de lo anterior, que la interacción con varones en las primeras etapas del tratamiento no resulta recomendable.

En relación con la inadecuación de los programas, la mayoría de las investigaciones sobre los tratamientos han destacado que no se estaban ofertando programas ajustados a las necesidades de las mujeres (Arostegui y Urbano, 2004; CONACE, 2006; Macy, Renz, y Pelino, 2013; Mason y O'Rinn, 2014; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014; Salter y Breckenridge, 2014), por lo que se ha promovido la realización de monográficos específicos por organismos internacionales que orientan sobre la necesidad de actuaciones diferenciales.

Por último, con respecto a la efectividad de los programas, a pesar del conocimiento de la realidad específica de las mujeres drogodependientes, se constata que no hay un acuerdo establecido que permita afirmar con relación al tratamiento si un determinado tipo es más efectivo, ya que no existen tantas propuestas específicas que aporten datos al respecto, y que llegar a un acuerdo no es tarea fácil dada la diversidad de tratamientos existentes en el ámbito de las drogodependencias en general. Sí se pueden establecer acuerdos en la indicación concreta de actuaciones con mejores resultados, como son la oferta de determinados servicios, la introducción de la perspectiva de género en los mismos y un determinado estilo de intervención terapéutica.

Por su parte, Belló, Puentes-Rosas y Medina-Mora (2008) afirman que los obstáculos presentes en las mujeres a la hora de acceder a algún tipo de tratamiento son los que están relacionados con barreras de tipo cultural, por ejemplo, la estigmatización del consumo femenino, lo que conlleva una dificultad para aceptar el problema y mayor propensión a ocultarlo y la presencia de patrones de consumo de menos riesgo para ellas, como el consumo en soledad y con menos repercusiones sociales.

En cuanto a las modalidades generales de tratamiento, en centros ambulatorios o residenciales, los estudios no muestran diferencia en los resultados. Sin embargo, lo que ayuda a un resultado favorable es como se ha comentado la inclusión del enfoque de género en sus planteamientos, es decir, que el propio diseño de la intervención esté sensibilizado con las situaciones desfavorables por cuestión de género y a las necesidades específicas de las mujeres drogodependientes (Meneses, 2007; Salter y Breckenridge, 2014; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014).

Siguiendo nuevamente el estudio de Meneses (2007), y con respecto al estilo de atención y los servicios necesarios que se facilitan en los programas, la literatura recoge que el estilo confrontador y la relación terapéutica discontinua y con excesivo control no son aconsejables. Las mujeres otorgan mucha importancia a la relación profesional y necesitan sentirse seguras física y emocionalmente en el contexto terapéutico, siendo tres los aspectos clave: seguridad, conexión y empoderamiento. Covington (2002), desde el trabajo directo con mujeres drogodependientes, ha señalado tres áreas centrales:

- La identidad y su relación con la dependencia asumida ésta como un problema de identidad. Analizar el origen de la autoestima, las consecuencias del sexismo, racismo y estigma y su importancia en el crecimiento personal. Reflexionar sobre los roles y lo que los sustentan: pensamientos, sentimientos y actitudes.
- Analizar las relaciones, con especial importancia a las familiares y las mantenidas con la madre, así como los mitos sobre la cuestión de la maternidad.
- La imagen, la identidad sexual, la vivencia de la sexualidad, la dependencia afectiva, los abusos sexuales, etc.

Palacios (2002) concreta las dificultades que presentan las mujeres dentro de los tratamientos mixtos en: actitudes evitativas, de sumisión y anulación. Manifiesta cómo las mujeres en estos contextos tienden a mantener un autoconcepto infravalorativo, especialmente delante de figuras masculinas a las que atribuyen mayor consistencia o fortaleza. Esto les lleva a inhibirse y no participar. En una situación de minoría, la presencia del género masculino puede despertar estos conflictos y bloquear la elaboración de temas tales como las de las experiencias de abusos sexuales y prostitución, situaciones de maltrato, sentimientos de baja autoestima, soledad o de dependencia afectiva de la pareja.

Dentro de las razones por las cuales las mujeres abandonan los procesos terapéuticos, Urbano y Aróstegi (2004) encontraron que las mujeres que tienden a abandonar el recurso cuando:

- En el proceso de tratamiento se indaga en conflictos emergentes que están en la base de la conducta adictiva (autoestima, autonomía, entre otros)
- Cuando surgen conflictos interpersonales y/o emocionales, de transferencia o contratransferencia entre ellas y las y los terapeutas y otros usuarios y usuarias del programa
- Cuando inician relaciones afectivas con compañeros del tratamiento. Esta circunstancia suele provocar la expulsión o el abandono de ambos
- Cuando creen que está en peligro su relación afectiva de pareja o el vínculo con los hijos e hijas, y señalan literalmente que “prefieren a la pareja que seguir en el programa” (p. 56)
- Cuando no encuentran su propio espacio

Si el abandono se produce, suelen ser frecuentes los episodios de recaídas intensas, agravadas por el sentimiento de fracaso y con un fuerte componente autodestructivo, lo que a su vez genera un mayor perjuicio físico y psicológico acompañado de un gran sentimiento de culpa (Arostegui y Urbano, 2004).

Por todo lo anteriormente señalado se puede decir que las necesidades de las mujeres drogodependientes no estaban, ni probablemente lo están, ni suficientemente escuchadas ni suficientemente atendidas. Cuestiones como la violencia de género, los abusos físicos, psicológicos y sexuales vividos, la asunción en mayor medida de las cargas familiares, sentimientos de baja autoestima y culpa, etc. quedan descubiertas al profundizar en el historial de las mujeres que acuden a tratamiento. Cuando el personal sanitario y terapéutico se hace sensible a estas cuestiones es cuando se empiezan a reivindicar los enfoques diferenciados y la necesidad de las alternativas específicas para mujeres (Hedrich, 2000).

En la *Investigación sobre intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*, Patricia Martínez (2009) recoge las peculiaridades con las que se enfrentan las mujeres drogodependientes que sufren violencia de género. Éstas, en primer lugar son atendidas

en centros de drogodependencias y se quedan generalmente en esta red, aunque pueda haber una coordinación con los centros de atención a las víctimas de violencia.

Según esta autora, en centros de atención a drogodependientes el estigma es ser mujer maltratada mientras que en los centros de atención a la violencia de género el estigma es ser mujer drogodependiente. En los primeros, las mujeres no identifican la necesidad de intervención por estar inmersas en situaciones y relaciones con alta tolerancia a la violencia. En los segundos no se admite a las mujeres con consumo activo en ningún caso. Esta situación de base, unida a la baja autoestima, la vergüenza y la dificultad de romper con la relación de maltrato hace que se prolongue la drogodependencia y que sea difícil su trabajo en los centros de tratamiento mixtos de drogodependencias. Además, es alto el porcentaje de profesionales que percibe experiencias de maltrato sufridas por las usuarias en el pasado. Según los y las profesionales es raro que las mujeres ingresen en un recurso inmersas en una situación de violencia activa, a excepción de los recursos de reducción de daños y riesgos, aunque se detecte frecuentemente que se vinculan en relaciones que la reproduce. Además, señala esta autora, la problemática de violencia en el ámbito de la pareja y en otros contextos se queda sin trabajar, por lo que es un aspecto importante que influye en el abandono del tratamiento y que interacciona con el mantenimiento de la dependencia a la sustancia. Hay pocos recursos para intervenir ante esta compleja realidad (Martínez, 2009).

Los tratamientos deben considerar las relaciones de las mujeres drogodependientes con sus parejas (Hearn, O'Sullivan, El-Bassel y Gilbert, 2005) y se debe intervenir en todos los aspectos relacionados con sus problemáticas. Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp (2013) sugieren que no existen instrumentos de screening de la violencia en pareja para aplicar en el tratamiento, y en un artículo publicado recientemente proponen incorporar cuatro ítems como instrumento de screening fácilmente aplicable. Capezza, Schumacher y Brady (2015), por su parte, recuerdan que el tratamiento de las personas drogodependientes es una oportunidad para tratar también el tema de la violencia. Los autores señalan que de 10.000 tratamientos analizados en EEUU, sólo el 38,4% trató la violencia de pareja, siendo más común en los tratamientos dedicados a las mujeres.

Después de todo lo anterior, cabe preguntarse por qué se mantiene la falta de sensibilidad y apoyo que se aprecia en las instituciones hacia las barreras que encuentran las mujeres en los tratamientos y por qué esta situación se mantiene, qué función social puede estar en la base de esta invisibilidad y/o quién o quiénes se benefician de esta ocultación y este silenciamiento. El estudio en su parte empírica tratará de responder a esta cuestión. Es necesario seguir denunciando las atribuciones simbólicas que el sistema social establece y reproduce en y con las relaciones de poder que determinan la inferioridad y subordinación de las mujeres y cuyas consecuencias últimas, mayoritariamente y en mayor o menor grado, recaen sobre ellas.

Para Stocco et al. (2000), en los tratamientos para mujeres drogodependientes se han enfatizado los elementos relacionados con el cuerpo (cuidado orgánico, aspecto físico) y con las dimensiones sexuales (responsabilidad como mujer en temas de contracepción, uso del cuerpo como medio para obtener recursos, prostitución, etc.) y se ha minimizado el perjuicio en relación con la feminidad (lo que piensan, sienten, desean). Se establecen generalmente patrones masculinos de atención en el tratamiento, cuando las razones para acercarse a las drogas, generar una adicción, mantenerse en ella y las razones para abandonarla son claramente distintas en ambos sexos y en muchos casos atribuibles a cuestiones de género (Urbano, 2006).

De la misma opinión es Martens (1999), quien señaló la dificultad para las mujeres de adaptarse y asumir la cultura masculina reinante en las Comunidades Terapéuticas. En los tratamientos residenciales mixtos, según la citada autora, se deberían considerar espacios propios y específicos y trabajar aspectos concretos con las mujeres con el objetivo de evitar estrategias relacionales y

comunicativas que se activan cuando éstas ingresan: actitudes virilizadas, relacionales de seducción, afectivas y sexuales con compañeros hombres, entre otras.

Castrillo (1993), citada por Comas (1993), en cuanto a las diferencias de género en el marco de los programas residenciales, observa que la actitud de los hombres en general es la de considerar el tratamiento como un reto, mientras que las mujeres lo consideran como un riesgo. También señala que en los primeros, en el funcionamiento diario, en cuanto a la normativa y las actividades que se proponen dentro del programa, no tienden a analizar, no preguntan por qué o para qué, sino que las cumplen o no. Las mujeres en cambio necesitan que la norma tenga sentido, si no, no resuelven. Esta autora señala que los objetivos de los programas residenciales persiguen adquirir autoconfianza, independencia y responsabilidades personales, aunque en el caso de las mujeres no sólo se trataría de superar la adicción y dibujar un proyecto de vida, sino que también se debe incidir y trabajar estas importantes cuestiones de forma muy distinta a como ellas las han interiorizado a través de la educación. Castrillo considera que si esto no se tiene en cuenta una mujer drogodependiente volverá, a relacionarse de igual manera en los mismos contextos en los que se repetirán las condiciones familiares y sociales y que son, en buena parte, origen de su problema. La autora recoge la situación paradójica en la que las mujeres se ven cuando deciden iniciar un proceso de cambio: por un lado la necesidad de superar la drogodependencia y, por otro, a la valoración de enfrentarse a la cuestión de qué cambios se pueden hacer cuando las circunstancias familiares y sociales están condicionadas cultural y educacionalmente por factores de género a los que no es posible eludir. La autora señala el entorno comunitario como idóneo para el inicio del cambio de una mujer, junto a otras mujeres, lo que le hace que “pueda enfrentarse al hecho de su condición sin otras mediaciones, sin la influencia de su rol social, al tiempo que se facilita el espíritu solidario y se produce una comunicación fácil y fluida”, hasta el punto de que “emergen modelos válidos de autonomía femenina sobre los que es posible crear un espacio de identificación y concretar los estímulos terapéuticos libres de contaminaciones afectivo-emocionales” (Castrillo, 1993, p. 7).

En 2005 (Urbano, 2006) se realizó un estudio en el marco de Comunidad Terapéutica con el objetivo de analizar los modos y formas de uso que hombres y mujeres realizan de los instrumentos educativo-terapéuticos que el programa propone para el cambio. Con metodología cuantitativa, se contabilizó la prevalencia de uso de estas herramientas, quién o quiénes las usaban, qué se utilizaba (crítica, felicitación, reparación), de qué modo y a quién iban dirigidos estos señalamientos. La conclusión del estudio fue que las mujeres son más observadas frente a los saltos de norma (hacia ellas iban más ‘críticas’, de los hombres y de las propias mujeres). Igualmente son las que más ejercicios (‘reparaciones’) realizan para cambiar actitudes y comportamientos y las que más felicitaban. Son, por tanto, más exigidas, activas, implicadas y comprometidas con su propio proceso de cambio y con el de los-as demás (Urbano, 2006).

Otras características de las mujeres que asisten a programas residenciales son las siguientes (Sánchez, Bolaños, De Vicente, 2010): 1. Cuentan con menos apoyo familiar y social. Habitualmente son precisamente las mujeres las que llevan la organización y funcionamiento de los hogares, si ellas no pueden cumplir con estos deberes de sumisión cultural y social, normalmente aparecen sentimientos de culpa por esta imposibilidad, 2. Inician un tratamiento para atender el problema, lo que implica ‘abandonar’ sus responsabilidades en el cuidado del hogar y los hijos menores, 3. Temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de los hijos, y 4. Tienen una evolución menos favorable que los hombres cuando se incorporan a los tratamientos.

Entre algunas de las características específicas que se presentan en las mujeres no abordadas o tratadas y que complican el acceso y la permanencia en los tratamientos está una alta prevalencia

de situaciones de violencia y maltrato antes de la drogodependencia (Gilchrist, Blázquez y Torrens, 2012; Meneses, 2002; Llopis, 2005) y durante la misma (Covington, 2008; Mason y O'Rinn, 2014).

En este último punto, respecto de la menor eficacia de los tratamientos entre las mujeres, interviene por un lado el hecho de que muchos de los servicios asistenciales no están adaptados a las necesidades particulares de las mujeres y, por otro, la presión que ejerce el entorno familiar para que las mujeres puedan asumir sus responsabilidades familiares cuanto antes (Sánchez Pardo, 2008).

## CAPÍTULO 2. LA VIOLENCIA COMO SÍNTOMA

En la primera parte de este segundo capítulo dedicado a la violencia, se define este término en un sentido amplio y se detallan algunas causas de la misma, y en la segunda y última se enumeran y explican los diversos tipos de violencia analizados en la parte empírica del estudio.

### 2.1. Definición y causas

Una de las posibles causas y a su vez posibles consecuencias que acarrea una adicción es el uso y ejercicio de la violencia así como su padecimiento. La segunda variable de estudio analizada en el presente trabajo, la primera es la adicción a sustancias, es la violencia que la persona drogodependiente ha padecido o ha ejercido en algún momento de su recorrido vital. Comienza este capítulo con los aspectos que atienden a su definición, la delimitación del concepto, las teorías comúnmente aceptadas sobre sus causas y los contextos en los que la violencia aparece como fenómeno intra e interrelacional.

Atendiendo a su significado etimológico la palabra violencia deriva del latín vis, 'fuerza', 'poder'. Más allá de la clasificación de los hechos violentos según las diversas tipologías, aspecto que detallaremos más adelante, es necesario distinguir y señalar lo común a estas prácticas y conductas, también para poder entender dónde reside la raíz de lo común a todas ellas.

La OMS (2002) reconoce que "la violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación" (p. 4). Depende por tanto de lo que se entienda o aprecie por daño y de lo que se considere o perciba como aceptable o no. Por tanto, una acción o comportamiento definido como violento parte de una concepción cambiante en función de las personas y de los grupos de los que forma parte, pues obedece a la apreciación subjetiva de la víctima y de los valores y códigos culturales imperantes. Este organismo la define como: "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (p. 5). Así mismo establece tres formas y contextos de la violencia: la autoinfligida (conducta suicida, autolesiones), entre personas (en familia o pareja, comunidad) y la colectiva (desde un punto de vista social, político y económico). En relación con la otra variable de estudio, la adicción a sustancias, la definición de violencia que propone la OMS podría tener una connotación directa en su manifestación con las dos primeras formas y contextos en los que ésta se expresa y más indirecta con la tercera.

La violencia puede ser un fenómeno interactivo y bilateral, entendido como un síntoma y como una manifestación psicopatológica que surge en los contextos de las relaciones sociales (López Martínez, 2015). Podría definirse como una maniobra intencionada relacionada con los conflictos imaginarios o reales que tienen entre sí las personas y que tiene en cuenta mecanismos complejos de regulación más que simples impulsos o emociones sin control, entre ellos que la conducta violenta se realiza con una finalidad e intención específicas (Tobeña, 2003; Andrés y Redondo, 2007).

Según Mosterín (2010) la violencia se distingue del término agresividad porque ésta última es "ir contra, atacar, acometer, emprender"; en un sentido positivo podría hablarse de *agresividad competitiva*, "tono vital, vigor, iniciativa, ambición, ganas de participar activamente y de ganar en

cualquier tarea o competición” y en su connotación negativa “hostilidad, pendencia, provocación, agresión y violencia” (p. 24). Según este autor, todos tenemos un nivel de agresividad regulada e inhibida tanto conscientemente, por la corteza cerebral, como inconscientemente, en la que interviene la amígdala o la interacción entre ambas. Un desajuste en estos circuitos lleva de la agresividad competitiva a la destructiva o a la violencia y acaba confundiendo con la violencia misma, que daña y perjudica sobre quien se proyecta.

Desde las teorías sociológicas se distingue la violencia expresiva de la instrumental. La expresiva responde a la falta del control de impulsos vinculados al malestar emocional, como la ira, el enfado, un bajo estado de ánimo y se caracteriza por un ataque físico contra una persona considerada víctima con el objetivo de hacerle sufrir (Horning, Salfati y Crawford, 2010). La violencia instrumental se produce cuando el agresor, al desear conseguir determinados objetivos -objetos de valor, status, sexo, territorios, etc.- se ve impedido a ello por algo o alguien. Esta violencia resulta más calculada y menos emocional que la expresiva.

Girard (2002), desde una visión antropológica, sitúa el origen de la violencia del ser humano en su naturaleza imitativa y en su tendencia al deseo material. Sugiere que la tendencia a la imitación, la que lleva a lograr lo mejor de nuestra especie –la cultura, la sociedad, el aprendizaje-, también puede destruir a las personas al convertir al otro imitado en objeto de copia y emulación obsesiva. Según Girard, la naturaleza imitativa del deseo del otro -ser como él, poseer sus bienes- puede desencadenar un ciclo de violencia. El otro elegido objeto de imitación se convierte en modelo de nuestros deseos, el cual se resiste a compartir el lugar en el que le hemos puesto. Desde el momento en el que éste advierte que se imita su deseo, defenderá su posición de ventaja con respecto a la de sus emuladores. La percepción de que el imitado impide el cumplimiento de deseos al defenderse de la emulación, hace percibirle con hostilidad y mala intención. Esta resistencia provoca en ambos una escalada de diferencias y discordias, que ninguno reconocerá como agente iniciador ya que siempre será el otro el que actuó primero. Esta creencia hace difícil no actuar en ‘legítima defensa’, lo cual justifica el aumento de la situación de violencia y desencuentro.

El avance producido en las neurociencias ayuda a comprender qué ocurre en el cerebro para que se produzca una reacción violenta. La diferencia entre reaccionar violentamente y adaptativamente en entornos no amenazantes proviene de la excitación y la regulación de las neuronas, en concreto entre la comunicación entre la corteza prefrontal -centro de los procesos cognitivos completos- y la amígdala -centro emocional del cerebro que se activa siempre que se percibe una amenaza-. Cuando el cerebro interpreta una situación de amenaza pero ésta no es real, la corteza prefrontal envía mensajes a la amígdala para contrarrestar la reacción. Parece ser que en las personas con tendencia a reaccionar violentamente las conexiones neuronales entre la corteza prefrontal y la amígdala podrían estar interrumpidas y no permitirían que el mensaje de calma y contra reacción se transmitiera, lo que hace aumentar la reacción de la amígdala y la excitación emocional. ¿Qué puede impedir un circuito tan crucial?. Parte de la respuesta está en los genes heredados de nuestros progenitores. Ciertos genes pueden hacer peligrar las conexiones (Buckholtz, Martin, Treadway, Jan, Zald, Jones y Marois, 2015; Dorfman y Buckholtz, 2015).

Sin embargo esta circunstancia no determina el comportamiento violento por sí misma. Hasta la actualidad no se ha podido asegurar más que el señalamiento de que la arquitectura genética es complicada y que en general, la conducta entre las personas es una danza entre genes y entorno, entre lo genético -el temperamento, la personalidad heredada-, lo ambiental -el carácter, la personalidad adquirida- y lo que en cada momento decidamos hacer, dentro de cierto margen de maniobra -personalidad elegida- (Buckholtz 2015; Marina, 2011).

Desde un punto de vista evolutivo se ha favorecido a los animales capaces de atacar y defenderse, por lo que cabe asumir que nuestros dispositivos neuronales y endocrinos para infligir daño -a las demás personas o a nosotras-os mismas-os- a pesar de su complejidad, son omnipresentes. Este entramado neurocognitivo al servicio de la malignidad está enraizado al servicio de nuestra naturaleza competitiva (Tobeña, 2003).

Desde la psicobiología, el trastorno de personalidad que mejor refleja el comportamiento violento es el definido como el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), que se define como la inhabilidad para adaptar la propia conducta a las normas sociales y se manifiesta en la adolescencia y la edad adulta. Una revisión bibliográfica realizada por Holguín y Palacios (2014) apunta que personas con TAP presentan hacia los demás, en contextos en los que perciben sensación de amenaza o intimidación, agresividad e irritabilidad. Con respecto a la población general este diagnóstico presenta una prevalencia del 1,1%. Asimismo se ha registrado una adherencia familiar (40-50% de varianza común explicada por variables genéticas). La mayoría de las investigaciones sobre este trastorno se han realizado teniendo en cuenta la hipótesis basada en los estudios de su asociación con genes afines y en genes relacionados con la vías de neurotransmisión, siendo uno de los más relevantes en este vínculo el gen para la monoamino oxidasa (MAOA). Por tanto, los genes que promueven que esta conducta exista debieron elegirse a través del proceso de la selección natural. De forma similar a otros comportamientos que tienen orígenes evolutivos, los comportamientos agresivos también están codificados en los genes y serán transmitidos a la siguiente generación (Holguín y Palacios, 2014).

## 2.2. Contextos y tipos de violencia

Actualmente la expresión de la violencia es una constante presente en todos los países, clases sociales y en todos los ámbitos (familia, pareja, entorno laboral, social). Su uso, cuando no está realmente justificada, es una expresión de la relación de desigualdad existente entre las personas y una forma de preservar una posición de dominio, superioridad y control sobre las relaciones (ONU, 2006b).

La magnitud del fenómeno de la violencia remite a diversas terminologías y significados en función de los marcos elegidos para su observación o análisis. En este estudio, tanto en el marco teórico como en la parte empírica se partirá de las definiciones de los tipos y modos siguientes de violencia:

En la definición de la violencia aparecen dos conceptos clave: poder y obediencia. La violencia es una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psíquica, económica o política. Los malos tratos denotan una relación desigual, entre quien maltrata y el maltratado (Ibañez, 2007). En su significado implícito refiere un desequilibrio de fuerzas y recursos entre las partes y un abuso de poder de una parte sobre la otra.

**Tabla 10. Contextos y tipos de violencia**

Contextos de la violencia	Tipos de violencia
Violencia contra las mujeres	Psicológica
Violencia contra los hombres	Física
Violencias de género	Sexual
Violencia de pareja	Económica
Violencia familiar, doméstica o intrafamiliar	Estructural
Violencia institucional	Espiritual o moral

### 2.2.1. Violencias de género

En esta parte se delimita el concepto de violencias de género, el punto de referencia desde el que se iniciará el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos y el análisis de los mismos en la parte empírica de la investigación.

La violencia de género, en singular, incluye cualquier tipo de violencia contra las mujeres con independencia del contexto (familiar, comunitario o del estado) pero su uso aporta confusión por la amplitud y la generalidad de su significado (Ventura, Durán, Vicente, Esquembre, García, Garrigues y Senent, 2007).

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1.3, señala que “la violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

En el marco de este trabajo y en un intento de concretar una terminología operativa que permita comprender también los significados que se estudian en la parte empírica, se usará el concepto de violencias de género, que no sólo recoge en general la violencia contra las mujeres, la violencia sexista o machista, sino también las diferentes formas y manifestaciones de estas violencias. Se asumirá el género como una categoría analítica (Esteban, 2003) que incluye el análisis de la fuerza dirigida a asumir roles, actitudes y comportamientos estereotipados que potencia fenómenos de discriminación social. El género, por tanto, se asume como construcción social que necesita desvelarse y desmontarse (Biglia y San Martín, 2007).

Las violencias de género, por tanto, no se especifican por el sexo de las personas o por el género, por quién las cumple o las recibe, o por el contexto en el que se manifiestan. Son en cambio, recogiendo la definición de Barbara Biglia (2015a): “todas aquellas violencias que tienen su origen en una visión estereotipada de los géneros y en las relaciones de poder que ésta conlleva o en las que se basan” (p. 21). La definición de la violencia de género alude a la ejercida sobre cualquier persona en base a su sexo o género y que afecta a la identidad y bienestar psicológico, físico o mental de forma negativa. Existen, por tanto ‘violencias de género’: la que se articula sobre hombres, mujeres y sobre ambos sexos cuando se imponen o exigen determinados modos y formas de ser, sentir y actuar a favor del status quo. La violencia de género ha sido por tanto entendida como la perpetrada hacia las mujeres, sin embargo a efectos de este trabajo hemos establecido que también pueden ser objeto de ‘violencias de género’ las personas definidas sexualmente normativas -hombres y mujeres- y no normativas -homo, lesbianas y bisexuales- y las definidas genéricamente -trans, queer-. (ONU 2002; Biglia, 2015b).

La violencia contra los hombres (Kaplan, 2011) incluye, al igual que la violencia contra las mujeres, determinados fenómenos en diversos contextos: violencia infantil, intrafamiliar, doméstica y de pareja, en el noviazgo, etc. La naturaleza, causas y consecuencias de esta violencia serían distintas de las que caracterizan la violencia contra las mujeres (PAHO, 2002; Rossi y Bucheli, 2015)

Por tanto, ambos sexos-géneros se ven afectados por las imposiciones que el patriarcado exige: que los sexos soporten la presión de cumplir con sus estereotipos de género correspondientes.

La violencia de género más destructiva y más frecuente es la que se ejerce sobre las mujeres. La OMS (2013) subraya que a nivel mundial un tercio de las mujeres han sido víctimas de esta

violencia por al menos una vez en su vida. La falta de igualdad entre los géneros en cuanto a status y poder así como la dominación masculina en nuestro sistema patriarcal son las raíces de este problema (Bourdieu, 2000; Ferrer, Bosch, Ramis, Torrens y Navarro, 2006; Gerber, 1995) Es la más destructiva porque también se refleja en el entorno doméstico a través de la relación afectiva o de pareja.

El avance en las condiciones de vida de las mujeres a través de la progresiva equiparación educativa y formativa con los varones ha posibilitado una reciente conquista en entornos públicos dando mayores cotas de autonomía y libertad al colectivo femenino. Sin embargo, la violencia contra las mujeres, al igual que la que se ejerce contra otros grupos oprimidos, se legitima y perpetúa gracias a una serie de ideas y mitos culturales ancestrales que contribuyen a normalizar estas situaciones de discriminación e injusticia (Marina y Valgoma, 2000)

La posición de las mujeres en la cultura las hace más vulnerables y hace que sea mucho más frecuente su victimización en las relaciones de abuso. Esta vulnerabilidad es física, económica y en determinados periodos de tiempo biológicamente impuesta -periodos de embarazo y crianza de hijos e hijas- (Fernández y López, 2009). Este nuevo rol conquistado por las mujeres junto a la desaparición de factores para el control de la conducta violenta de tipo religioso y moral ha contribuido a que este fenómeno crezca de forma alarmante. Los sistemas de relación abusivos se organizan sobre jerarquías que intentan mantenerse inamovibles. Todo poder busca perpetuarse (Lagos, 1987).

Su desestructuración y desarticulación supone discutir, poner en tela de juicio y objetar valores, creencias y formas de relaciones de poder que sostienen el heteropatriarcado<sup>6</sup> y los ejes sobre los que éste pivota -género, clase, etnia, edad, capacidad funcional, etc.- y que intervienen en las posibilidades simbólicas y materiales de actuación y bienestar (Jiménez, 2015)

Las partes siguientes de este capítulo se detienen en el análisis de los diversos tipos de violencia que aparecerán más tarde en la parte cualitativa y empírica de esta investigación.

### **2.2.2. Violencia de/en la pareja**

En esta parte se hará un recorrido por algunas de las teorías que analizan el vínculo relacional de la pareja con comportamientos violentos.

Como constatan los medios de comunicación, un porcentaje muy elevado de los feminicidios se producen en la fase de ruptura de la pareja. La violencia es legitimada y se perpetúa gracias a una serie de ideas y mitos culturales que contribuyen a normalizar las situaciones de discriminación, injusticia y violencia y a culpabilizar a las propias víctimas. La posición de las mujeres en la cultura las hace más vulnerables y hace que sea mucho más frecuente su victimización en las relaciones de abuso (Velasquez, 2003; Crempien, 2005). Por otra parte, los sistemas abusivos de relación se organizan sobre jerarquías que se mantienen inamovibles porque no se cuestionan (Ravazzola, 1996).

Las crisis, por lo general, son inseparables de las relaciones y de los sistemas humanos. Sin embargo, que una crisis de pareja se manifieste con violencia depende de la conjunción de determinados factores individuales, los relacionados con el entorno cercano y con influencias

---

<sup>6</sup> Término que suma la idea de 'heterosexualidad' y 'patriarcado'.

macrosociales. Se exponen a continuación algunos fenómenos que ocurren en las parejas en las que aparecen conductas violentas.

Una de las teorías o de los modelos clásicos de interpretación y comprensión de la violencia entre parejas adultas es la de Eleonor Walker (1979), quien propuso observar la violencia en la pareja como un proceso cíclico en el que se suceden en el tiempo distintas etapas que siguen un determinado orden. Una de las principales características de esta teoría es la de señalar que la violencia conyugal se expresa y manifiesta en forma de ciclos; una aportación considerada fundamental en la comprensión del fenómeno y que ha dotado de herramientas para su abordaje. A grandes rasgos, el ciclo de la violencia conyugal pasa por varias fases: 1. Estadio de acumulación de tensiones. 2. Crisis o episodio agudo. 3. Conducta arrepentida o luna de miel.

Una aportación complementaria y clave junto con la del ciclo de la violencia es la denominada 'escalada de la violencia', descrita por la autora como "un proceso de ascenso paulatino de la intensidad y duración de la agresión en cada ciclo consecutivo" (Walter, 1979). En toda secuencia cíclica de violencia, desde un punto de vista diacrónico, existe la tendencia al progresivo aumento de la gravedad de la crisis violenta en el transcurso del tiempo. En el inicio de la relación de violencia son frecuentes las manifestaciones de índole psicológica, pudiéndose sumar progresivamente el abuso físico, el económico, etc.

Los autores Perrone y Nannini (1997) han planteado una síntesis de términos y consecuencias considerando los dos fenómenos anteriormente descritos -carácter cíclico y escalada simétrica de la violencia-. Desde un punto de vista relacional, según los autores, la violencia dentro de las relaciones abusivas toma dos formas claramente diferenciadas:

1. La violencia-agresión, que surge en relaciones simétricas y se identifica por agresiones mutuas o cruzadas en escalada. Cada miembro tiene que restablecer su status de poder y fuerza frente al otro a una dinámica que se mantiene. La pareja soporta un difícil desequilibrio que se restablece con un cambio en las posiciones. Fruto de dicho proceso se manifiesta la llamada 'pausa complementaria', en la que el agresor pide perdón y pasa a una posición baja y de atención a quien sufrió el daño, el cual está dispuesto a aceptarlo, viviendo así el momento de reconciliación o luna de miel que permite que el juego pueda continuar infinitamente.
2. La violencia-castigo, que se da en relaciones de tipo complementario y que se organiza en función de la desigualdad. Este tipo de violencia se caracteriza por mostrarse en una sola dirección y producirse en un contexto privado en el que uno de los miembros de la pareja se define como superior al otro y éste lo acepta. Quien ejerce la violencia tiene la percepción de que su pareja merece ser castigada, pues comete errores o no logra satisfacer sus expectativas. La relación se define en una diferencia de poder y quien se sitúa en la posición inferior no tiene más alternativa que someterse al otro. En este tipo de violencia, a diferencia del anterior, no hay freno y se produce en un ámbito privado y en secreto. La parte que sufre el castigo presenta normalmente un trastorno de la identidad y una autoestima muy deteriorada. Quien castiga, por su parte, presenta rigidez de comportamiento y carece de empatía.

Perrone (2001) define las técnicas que emplea el abusador para mantener la relación de dominación como técnicas de hechizo. En tanto que estado de consciencia modificada, el hechizo aparece como la expresión más primitiva de dominación que ejercen ciertos individuos sobre otros. Para el autor, la característica del hechizo como estado de disociación, es la alienación de los protagonistas. Por una parte se produce la alienación de la víctima que ignora su condición de tal

y la distorsión del tiempo, de la percepción y del juicio, lo que le dificulta establecer sus propios puntos de referencia. Alienación también, en el sentido de que ella desconoce la influencia de la que es objeto y el tipo de relación en el que participa sin consentimiento. Por otra parte, para Perrone también existiría un estado de alienación en el abusador que se presentaría bajo la forma de actos bien ritualizados y sus conocimientos empíricos para obtener provecho personal del estado de hechizo de la víctima. El fenómeno del hechizo se presenta bajo dos formas: una donde predomina la influencia y otra donde predomina la dominación.

Con respecto al proceso que mantiene y perpetúa la relación de violencia en la pareja existen aspectos de la subjetividad de las mujeres maltratadas que contribuyen a mantener el problema.

Crempien (2005) aborda la problemática de la violencia en la pareja desde la perspectiva de la traumatización que sufren mayoritariamente las mujeres en las relaciones de abuso. Se propone una comprensión de esta forma de violencia como una experiencia de trauma sistemático y acumulativo. Son los síntomas y efectos de la experiencia traumática en la víctima los que explican el inmovilismo dentro de la relación violenta. Este autor señala dos vías:

1. La personalidad de las mujeres construida cultural y socialmente bajo el rol de cuidadora y dadora, papel cuyo 'fracaso' es vivido con culpa y vergüenza.
2. Las secuelas de la violencia y sus efectos físicos y mentales que limitan las capacidades de las mujeres. Los síntomas que muestran son de ansiedad, indefensión y parálisis. Para sobrevivir en estas circunstancias las mujeres siguen los deseos del agresor mediante procesos de identificación que justifican y anulan su propia individualidad (Síndrome de Estocolmo Doméstico).

También cabe destacar la denominada teoría de la indefensión aprendida, de Seligman (1975), la cual ayuda a explicar las reacciones de las mujeres maltratadas. La situación de inseguridad y la pérdida de la capacidad para predecir las consecuencias de sus actos originan respuestas de ansiedad y estrés permanentes. Desde un punto de vista psicológico son respuestas adaptativas para aumentar las posibilidades de supervivencia.

Sluzki (1994) señala que el efecto devastador de la violencia familiar deriva de la combinación de dos factores:

1. La violencia la desarrolla quien debe proteger y cuidar. Esta transformación se produce en un contexto y bajo un discurso que contradice o justifica este cambio. De esta forma, la víctima sin posibilidad de asignar los nuevos significados a las conductas de su agresor, pierde su capacidad de aceptar o diferenciarse de dicha situación.
2. Se produce un estado definido como 'doble vínculo' en el cual, de forma insistente, coinciden dos mensajes al mismo tiempo y uno de los cuales niega al otro. La víctima queda imposibilitada para desvelar la contradicción o salir del contexto en que se desarrollan los hechos. Según el mencionado autor, la respuesta al doble vínculo es diferente según la frecuencia de los hechos. Por un lado, en el caso de los estados menores de violencia, inesperados y aislados, estos hechos generan en la víctima una 'disonancia cognitiva'; estados desestabilizadores e inquietantes que contrastan con la experiencia habitual de la persona. Por otro, las situaciones de violencia aisladas de mayor amenaza predisponen en la víctima respuestas de tipo ataque o huida como forma de adaptación o defensa ante la situación. Por último, las situaciones bruscas percibidas como amenaza extrema producen en la víctima un colapso en todos los modos de

respuesta, paralización e inundación, desorientación y desconexión del cuerpo con la mente y la realidad. Puede desarrollarse un efecto posterior llamado Síndrome de estrés post-traumático, del que se hablará después.

Dutton y Painter (1981) han explicado que un estado en el que se da un desequilibrio de poder y la alternancia en el buen trato y el maltrato, genera en las víctimas un vínculo que las une al agresor por conductas de docilidad.

La estrategia de supervivencia ante experiencias intensas y sostenidas de violencia grave y crónica en parejas es de entorpecimiento o parálisis psíquica de las víctimas. Éstas se someten al agresor por procesos de escisión de sus emociones y de identificación, justificando sus respuestas y anticipándose a sus deseos (Servicio Nacional de la Mujer, 2012).

Para terminar se recogen modelos teóricos de la violencia cuyos planteamientos tienen en cuenta otros esquemas de interacción que podrían ser complementarios a los anteriores y que están igualmente en la base de la violencia doméstica.

Cáceres (2007) sugiere que respecto del estilo comunicativo relacional que mantiene una determinada pareja, el grado de unión es inversamente proporcional al nivel de violencia. Este modelo sugiere que en todas las personas existe un grado de activación fisiológica en función de las diversas fuentes de estrés, ante el cual y una vez sobrepasado éste las personas desarrollan una reacción automática. Las personas se diferenciarían entre sí en los mínimos y máximos que determinan su reacción a 'piloto automático', influidos por características de personalidad, factores coyunturales, -por ejemplo, el consumo de alcohol- y por la forma de actuar y controlar los procesos cognitivos que emergen cuando se encuentran en tal estado. Para este autor, estos estilos comunicacionales violentos no aparecen al inicio de la relación, sino más adelante, especialmente cuando surgen discrepancias y en el proceso de resolución de las mismas y conflictos que exigen cambios a la otra persona. En la forma de negociar dichos cambios es cuando aparecen estas formas de violencia.

Los indicadores y variables que Cáceres (1999) tiene en cuenta para plantear su modelo son:

1. Reciprocidad negativa: hace referencia a la tasa de aspectos positivos y negativos y a la prontitud con que éstos aparecen en el curso de la interacción. Las parejas armoniosas mantienen una alta correspondencia de elementos positivos, mientras que las parejas conflictivas manejan elementos negativos con prontitud, automatismo y de forma recíproca.
2. Ensamblaje fisiológico: plantea que existe una contaminación de la aceleración fisiológica. Analizando las emociones que aparecen en el curso de las interacciones, se percibe que éstas no son simétricas, sino que aparecen diferencias por sexos en la devolución y el contagio de los elementos negativos. Según este autor, las emociones negativas que predominan entre los hombres son la ira y el desprecio, mientras que en las mujeres prevalecen la tristeza y el miedo. La asimetría se mantiene en las secuencias del contagio emocional. Las personas reaccionan de manera diferente en una discusión lo que implica patrones fisiológicos diferentes, reflejo de tipologías de personalidad diferente. Por sí solos estos indicadores podrían ser ejemplos puntuales del continuo de la violencia y, según transcurre el tiempo de vida de una pareja, también podrían explicar el deterioro de una relación. Parece existir un acoplamiento fisiológico y comunicacional entre ambos miembros de la pareja en forma de secuencias que se repiten con cierto automatismo.

Esta concepción parece coincidir con las características de la escalada simétrica descrita anteriormente.

Esencialmente este modelo plantea que las diferencias comunicativas existentes entre las parejas estriban en cómo dicen lo que quieren comunicar, en las secuencias que siguen y en el grado de ensamblaje fisiológico que se produce a medida que continúa la discusión, y así con respecto a los contenidos, pero cuando se analizan los gestos, tonos y posturas corporales, se observa que las parejas armoniosas son más positivas que las parejas en conflicto. Éstas adoptan comportamientos que podrían clasificarse de violencia psicológica.

Por otra parte, para Cáceres (1999), estas parejas mantienen con respecto a la definición de sus posiciones un consenso estable que hace que sean definidas como de relaciones graves y que generan angustia, confusión y frustración en los equipos que intervienen con ellas.

La violencia en la pareja, por tanto, no es permanente, sino que se da por ciclos; la relación se moviliza desde espacios de calma y afecto a momentos de violencia con riesgo para la vida. Se manifiesta y perpetúa una danza entre la complementariedad de los roles de género y la simetría para definirse individualmente en dicho contexto relacional y social, donde hombres y mujeres están socializados de forma complementaria y distinta.

### **2.2.3. Violencia familiar, intrafamiliar o doméstica**

Las familias, al igual que las sociedades, se estructuran jerárquicamente mediante relaciones de poder desiguales, por lo que son extremadamente sensibles a este fenómeno social. La violencia doméstica supone una violación de los derechos fundamentales de las personas que la padecen -cualquier miembro de la familia- y un grave problema de salud pública (Casique, 2012). Aunque los estudios dentro de este contexto generalmente se centran en la violencia que padecen las mujeres, la dirigida hacia los-as menores, mayores y personas con discapacidad es cada vez mejor detectada y objeto de estudio, sobre todo en el caso de la violencia ejercida sobre los-as hijos-as por sus efectos sobre el rendimiento escolar, el desarrollo de su personalidad y las consecuencias en el establecimiento de sus vínculos, ya que se considera un importante predictor de riesgo de experimentación de violencia en futuras relaciones (Thomas y Green, 2009).

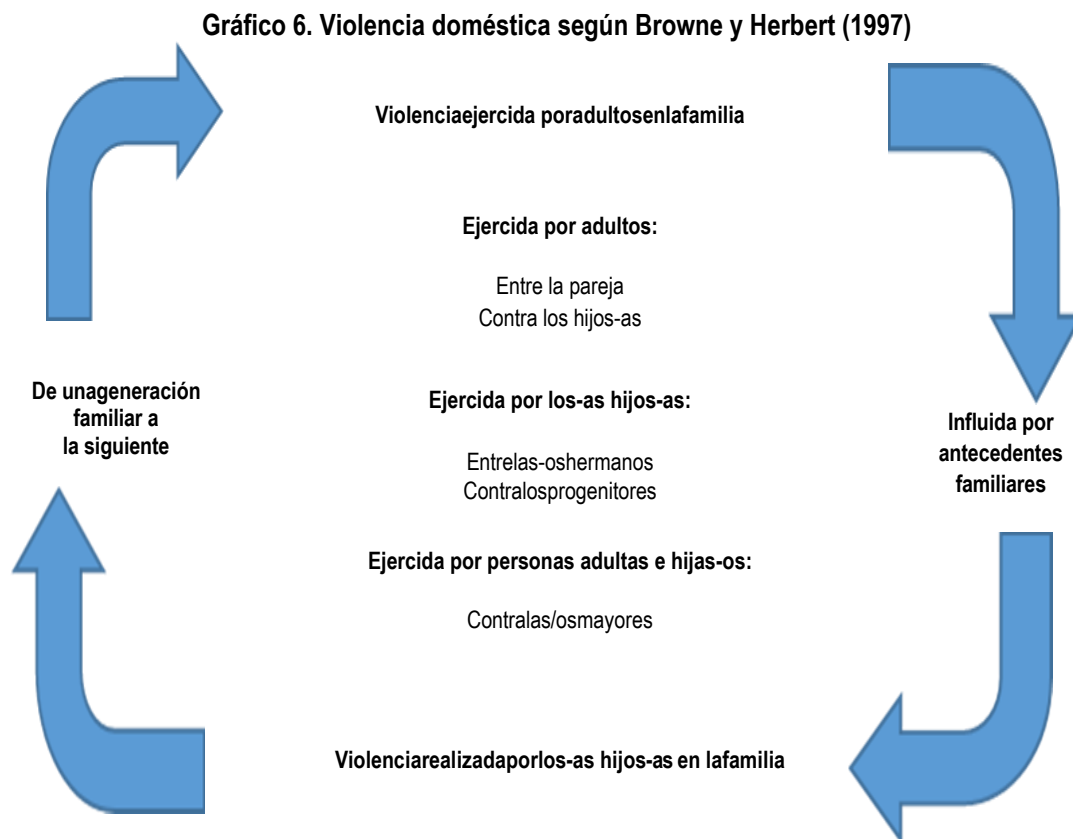
Si la violencia se produce en el entorno familiar se denomina violencia doméstica. Según el glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres elaborado en el año 1998 por la Comisión Europea, la violencia doméstica o violencia en la familia se define como “toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recursos a la fuerza física o el chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o en el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que convive bajo el mismo techo” (p. 54).

Así, la ‘violencia doméstica contra las mujeres’ o la ‘violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico’ hace referencia a cualquier acto violento que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para aquellas y que se produce sobre la base de una relación familiar y/o afectiva actual o previa y el ‘maltrato doméstico a la mujer’ alude a la violencia doméstica que se ejerce de forma continuada contra las mujeres con el objetivo de controlar, someter, dominar y mantener una posición de autoridad y poder en la relación (Emakunde, 2008).

Cuando los comportamientos violentos, llamados también malos tratos, tienen lugar en el ámbito familiar, generalmente refieren una relación afectiva, de dominio y a la habitualidad. En su definición se plantea una relación de desigualdad derivada del código patriarcal entre la persona que maltrata y la que es maltratada. Los malos tratos domésticos se invisibilizan socialmente (Ibáñez, 2007) y el mecanismo que los perpetúa, justifica y mantiene se refuerza con el sentimiento de culpa de la víctima.

El Consejo de Europa (1985) define la violencia familiar como “todo acto y omisión que atente contra la vida, la integridad física o psíquica o la libertad de una persona, o que ponga gravemente en peligro el desarrollo de su personalidad” (p. 1). como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y personas ancianas. Más recientemente se ha definido ‘la violencia doméstica’ como “todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que ocurre dentro de la familia o unidad doméstica o entre los anteriores o actuales cónyuges si el autor comparte o ha compartido el mismo domicilio con la víctima” (Consejo de Europa, 2011, p. 3).

Una clasificación basada en los trabajos de Browne y Herbert (1997) sobre la violencia doméstica se expone en el siguiente esquema:



Adaptación propia de González (2012).

La violencia doméstica es un subgrupo dentro de la violencia de género encuadrada a su vez dentro de una relación de pareja, presente o pasada, y que obedece a patrones culturales profundamente arraigados. Su base se ubica en la contradicción entre la persistencia del

machismo, de las relaciones de control y dominio y de la emancipación de las mujeres, surgida a raíz de los valores de igualdad del sistema democrático, de la incorporación al trabajo cualificado y de la creciente presencia femenina en la educación superior (Echeburúa y Amor, 2006).

Los modelos teóricos multicausales han intentado explicar el origen y/o el mantenimiento de la violencia doméstica desde la influencia y la interacción de múltiples factores. Entre ellos está el modelo interactivo de Stith y Rosen (1992), el predictivo de Stith y Faley (1993), el modelo ecológico de Dutton (1992), Echeburúa y Fernández Montalvo (1998) y el modelo de Heise (1998). Todos hablan de factores individuales -disposiciones, predisposiciones, vulnerabilidades psicológicas y/o biológicas del maltratador y de la víctima-, factores relacionados con el entorno cercano -situados en el exosistema y en el modo y estilo de relación de la pareja- e influencias y explicaciones macrosociales -peso de las estructuras socioculturales, de las creencias y de los valores imperantes, etc.- (Ibañez, 2007).

Partiendo de esta perspectiva multicausal del problema, los diversos estilos relacionales que se pueden establecer dentro de la pareja recogen igualmente factores de los tres niveles (micro, exo y macrosocial) siendo a su vez estos contextos de interacción donde se hace explícita la violencia. Cualquier comportamiento violento o de abuso en una relación se produce transversal y longitudinalmente en un contexto y se manifiesta de una forma dentro de un ejercicio de poder que implica el empleo de la fuerza y la existencia de un arriba y abajo reales o simbólicos que se adoptan habitualmente a un juego de roles complementarios. El presente trabajo se centrará en el análisis de estas representaciones.

La lectura que se ha realizado desde la teoría de sistemas plantea que los sistemas humanos, y los de la relación de pareja entre ellos, están sujetos a reglas generales como la homeostasis, la no sumatividad y la equifinalidad<sup>7</sup>. Estas consideraciones si bien han ofrecido un marco teórico desde el cual comprender los mecanismos de funcionamiento de los sistemas humanos, en sus concepciones teóricas proyectan inmovilidad y perpetuación. Desde este punto de vista, para Maurizio Coletti (1987) el valor del síntoma en la expresión violenta se considera como una comunicación claramente integrada en el conjunto de las reglas del sistema y se puede ver por su carácter homeostático como parte necesaria de su organización, puesto que su ausencia forzaría la búsqueda de un nuevo equilibrio. Por tanto, según este autor, el síntoma, en este caso la violencia como tal, debe ser considerado como parte integrante de la organización de los sistemas humanos.

Principalmente, este modelo teórico reduce el fenómeno de la violencia doméstica a una comunicación incorporada a las reglas que surgen del propio sistema familiar, aunque no aporta información de los mecanismos que inician la violencia en una relación de pareja. Sin embargo, otras claves teóricas que parten de la óptica relacional y sistémica, como son los de la 'circularidad de la secuencia de acontecimientos' y el de 'la teoría del doble vínculo', han sido aceptadas para dilucidar los mecanismos de la misma. La dinámica de un proceso analizado desde el punto de vista relacional delimita la relación a la secuencia temporal que une un comportamiento a otro. Las personas que participan en ella ineludiblemente participan en lo que se llama 'puntuación de

---

<sup>7</sup>La homeostasis (o retroacción) es la característica según la cual el sistema tiende siempre a mantener el 'status quo', o sea, a no cambiar. Los sistemas son también 'no sumativos' o lo que es lo mismo, el resultado es más que la suma de las propiedades para identificar el conjunto de las funciones. La equifinalidad cambia la atención del observador-a de las condiciones iniciales de un sistema a la naturaleza del recorrido y a los parámetros del mismo sistema. Lo que significa que las preguntas de 'quién y 'por qué' relativas a acción determinada, son sustituidas por el "cómo" la crisis viene y se desarrolla (Cibanal, 2015).

secuencia de acontecimientos', o sea, una lectura de la interacción que hace consecuentes un acto del otro, como si fuese algo natural (Coletti, 1987).

#### **2.2.4. Maltrato infantil**

En el marco de la violencia intrafamiliar, familiar o doméstica y de género, los hijos e hijas también aparecen con frecuencia como protagonistas directos cuando ésta ocurre. En esta parte se analizarán las circunstancias que afectan a los y las menores, relacionadas no sólo con episodios posteriores de violencia ejercida o padecida, sino también con el consumo posterior y con la drogodependencia. Se incluyen las diversas teorías que mejor explican los tipos, causas y consecuencias de su padecimiento.

Una de las situaciones más comunes de maltrato hacia los niños y niñas es la que se produce en el entorno familiar y cuando sus madres son víctimas de violencia. Save the Children, en el año 2006, realiza un estudio titulado *Análisis de la atención a los hijos y las hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer* en el que se hace patente que la violencia ejercida sobre las madres hace a los hijos e hijas víctimas directas de violencia psicológica y en ocasiones también de violencia física. Los niños y niñas expuestas a la violencia de sus madres no son espectadoras pasivas, sino que participan de la dinámica propia que generan estas situaciones, convirtiéndose en protagonistas y actores de la misma. Corbalán y Patró (2005), a este respecto, en un estudio sobre mujeres maltratadas que asisten a centros de acogida, mostraron que en el 85% de los casos, las o los hijos presenciaron la violencia ejercida sobre sus madres y en un 66,6% de las ocasiones sufrieron la violencia directamente.

En la *Convención de los Derechos del Niño* (ONU, 1989)<sup>8</sup> se define el maltrato a la infancia como cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño o a la niña de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Diversas autoras y autores han considerado el maltrato infantil como un fenómeno heterogéneo y complejo que requiere un enfoque multidimensional. Esta visión se ha traducido para los profesionales que se ocupan del tema en una disparidad de opiniones sobre la definición del término, las causas y las propuestas de tratamiento a los diversos tipos de maltrato (Cicchetti y Barnett, 1991; English, et al., 2005; Knudsen, 1988).

En una revisión realizada por Olano (2015) con el objetivo de comprender los efectos del maltrato en la infancia y adolescencia, en especial sobre el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual, se encontró que los tipos más consensuados son el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia. Este autor señala que no existe un consenso en el maltrato o abuso psicológico o emocional ni en su descripción ni medición, puesto que es difícil describir y medir cuándo comienza, cómo sucede y cómo se evidencia tanto la actuación del infante como la del maltratador. Algunos de los comportamientos de maltrato o abandono emocional generado por los progenitores son el rechazo, el aislamiento, o conductas que implican ignorar y aterrorizar (Garbarino et al., 1986, citado por Olano) y la violencia doméstica, entendida como la aparición y experimentación continuada de situaciones de violencia entre los progenitores en presencia del niño-a (Gaudin et al., 1993, citado por Olano).

---

<sup>8</sup> Naciones Unidas, Asamblea General de 20 de noviembre de 1989. Resolución de la Asamblea General 44/25 de 20 de Noviembre de 1989.

Los estudios son concluyentes en cuanto a las consecuencias que los diferentes tipos de maltrato pueden llegar a tener sobre la población infantil y adolescente; consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas como cambios neuroendocrinos -alteraciones elevadas de los niveles de catecolaminas, serotonina, noradrenalina y cortisol- y en la función inmune, el tamaño del encéfalo y otras estructuras -hipocampo, la amígdala, el cerebelo, el cuerpo calloso y la corteza cerebral- que llevan a una sintomatología psicológica y cognitiva más reducidas que con respecto a la media. Las funciones más dañadas son la atención, la memoria y otras funciones ejecutivas como la percepción, la emoción y el lenguaje. Estas disfunciones están relacionadas con diversos trastornos mentales como la depresión, la conducta antisocial y el abuso de sustancias entre otras. Estos dos mecanismos, el automático y el consciente, se ven afectados frente a experiencias de maltrato debido al efecto que tienen sobre la respuesta automática ante el estrés en cuanto a la producción de hormonas y respuesta simpática producida sobre las estructuras que permiten la respuesta deliberada y consciente (Molina, 2015).

**Tabla 11. Mecanismos involucrados en las respuestas ante estímulos estresores**

<b>Automática e inconsciente</b>	<b>Consciente (evitar el evento o que no vuelva a ocurrir)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tallo cerebral, el hipotálamo y la hipófisis</li> <li>· Estructuras involucradas en la supervivencia, como son las de dolor, huida y lucha</li> <li>· Estructuras del sistema límbico, involucradas en el procesamiento afectivo inconsciente de las experiencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· La amígdala y la corteza del cíngulo (del sistema el lóbulo frontal y prefrontal, donde los mecanismos atencionales y de función ejecutiva captan lo sucedido)</li> <li>· El cuerpo calloso, que permite una integración entre la actividad de ambos hemisferios límbico), el hipocampo (que procesa información consciente y episódica)</li> <li>· El cortex cerebral (principalmente cerebrales, para responder de manera consciente y habilidosa ante la situación estresante)</li> </ul>

Fuente: Adaptación propia de Molina, 2015, y Gluck, 2009.

De este modo, la exposición traumática ante un solo suceso, por ejemplo ante un abuso sexual, o la que se produce de forma continua, ante eventos aversivos en el maltrato físico o ante la negligencia de las y los cuidadores, produce una activación prolongada del eje HPA<sup>9</sup> al alterar la producción de hormonas como el cortisol. Alink, Kim, Cicchetti y Rogosh (2012), citados por Muñoz Olano (2014), encontraron que el maltrato en infantil incrementa las dificultades de interacción social asociadas a un desajuste de la hormona cortisol en el organismo de los infantes. Se observó que de una muestra de 236 infantes con historiales de maltrato, aquellos que mostraban dificultades sociales y conductas poco cooperativas presentaban niveles bajos de cortisol hasta un año después de iniciar la medición, mientras que quienes presentaban ansiedad y depresión como resultado de sus experiencias, mostraban niveles altos de cortisol hasta un año después de iniciar la medición de cortisol en sus organismos.

Con relación a los efectos de los diversos tipos de maltrato en los procesos cognitivos y emocionales, Jaffe y Kohn (2011), citados por Muñoz Olano (2014), encontraron que los infantes que sufrieron maltrato en diversos periodos de su desarrollo, padecían por una parte dificultades de tipo emocional y conductas de tipo internalizante, como depresión y ansiedad y externalizante, como agresión, escaso control de impulsos, y por otra parte también mostraban puntuaciones más bajas en el coeficiente intelectual que quienes no recibieron maltrato. Cuando el maltrato se ejercía de forma crónica y continuada aparecían puntuaciones más bajas en el coeficiente intelectual y efectos más graves que si ocurría entre los 6 y 9 años por primera vez.

<sup>9</sup> Eje Hipotalámico pituitario adrenal.

Kinard (2004) encontró diferencias cognitivas y emocionales en función del tipo de maltrato. Así, en el maltrato físico se muestran comportamientos menos cooperativos y menor empatía e inhibición hacia conductas asociadas a emociones como la frustración o la rabia. Este tipo de maltrato producido de forma crónica podría conllevar una mayor predisposición a formar personalidades antisociales. Con respecto al abuso sexual, éste se asocia a una mayor dificultad para centrar la atención y una mayor probabilidad de desarrollar Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). La negligencia puede desarrollar síntomas depresivos, intentos de suicidio, bajo nivel intelectual y conducta antisocial. Los cuatro tipos de maltrato emocional, según este autor, son:

**Tabla 12. Sistema de Clasificación del Maltrato infantil y variables implicadas**

Tipo	Subtipos	Efectos	Persona que lo ejerce	Efectos
Maltrato físico	Maltrato físico en cabeza, torso, nalgas, miembros, conducta violenta, ahogamiento, quemaduras, sacudida, etc.	Efectos crónicos cuando se repite durante dos o más etapas del desarrollo: de la etapa preescolar a los primeros años escolares (2-5 años); durante los años escolares (5-10 años)	Es más probable que el perpetrador sea un miembro de la familia.	Disminución del comportamiento cooperativo, empatía y compromiso emocional ante otras personas. Dificultades en la inhibición de respuestas impulsivas. Efectos asociados a la posibilidad de desarrollar una personalidad de tipo antisocial
Abuso sexual	Exposición, explotación, penetración, etc.	Los efectos crónicos se desarrollan con solo una o dos veces que ocurra	Más probable que sea un familiar o persona cercana	Probabilidad de desarrollar estrés postraumático como respuesta condicionada emocionalmente a una o solo dos ocurrencias del evento; desarrollo de déficits de atención; probabilidad de desarrollar una personalidad limítrofe
Negligencia infantil	No cubrir necesidades de: alimentación, higiene, ropa, cobijo, etc. Falta de supervisión: falta de supervisión, cuidado sustituto, etc.	Los efectos crónicos suceden en condiciones similares a las que ocurren cuando el maltrato físico tiene efectos crónicos	Suele ser causado por un cuidador, como el padre y/o la madre, los hermanos y familiares cercanos.	Desarrollo de síntomas depresivos y de aumento de la posibilidad de conductas suicidas. Sus efectos crónicos también se asocian con el desarrollo de una personalidad anti social y con déficits en el nivel intelectual (CI).
Maltrato emocional/psicológico	Referidos a la seguridad física y psicológica, aceptación y autoestima, autonomía personal apropiada para la edad y limitaciones	Efectos crónicos durante varias etapas del desarrollo	Suele ser causado por padres, hermanos, familiares cercanos, figuras de autoridad y compañeros.	No se han determinado con claridad los efectos que genera, pero se ha asociado con el desarrollo de problemas de autoestima

Fuentes: English, Bangdiwala y Runyan, 2005; Muñoz Olano, 2014; Muela, 2008; Kinard, 2004.

**Tabla 13. Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico/emocional**

Formas de maltrato emocional	Expresiones
Rechazar	No admitir la importancia de las necesidades del niño-a, realizar valoraciones negativas a menudo, negar iniciativas de apego, separarle de actividades familiares o sociales
Aislar	Impedir o negar tener relaciones con compañeros-as y personas adultas
Aterrorizar	Mostrarse de forma siniestra, dar una visión del mundo hostil o caprichosa, intervenir con el miedo como medida correctora, amenazar con retirar la seguridad, o con extremos dramáticos y misteriosos
Ignorar	Impedir la estimulación adecuada a su edad, a su crecimiento o desarrollo cognitivo, no prestar atención a sus demandas, mostrar distancia emocional, frialdad.
Corromper	Potenciar comportamientos que limitan su integración social, alentar conductas antisociales, exponerle a pornografía, reconocer positivamente conductas agresivas

Fuentes Garbarino, Guttman y Seeley, 1986; citado por Muela, 2008.

Si las experiencias de maltrato físico o la negligencia se mantienen durante dos o más etapas del desarrollo, éstas podrían generar un impacto en la memoria episódica y construir una historia de desconfianza hacia los otros. Delima y Vampini (2011), citados por Muñoz Olano (2014), hallaron que el maltrato físico acompañado de negligencia conllevaba más impacto neurofisiológico si se producía a partir de los 6 años de edad.

En los casos de abuso sexual, se generan peores consecuencias emocionales, además de que el efecto crónico puede surgir con una o dos experiencias vividas en una sola etapa del desarrollo. Procesos conscientes e inconscientes de aprendizaje emocional registran este hecho como altamente aversivo, ya que compromete seriamente la integridad personal del individuo que lo padece. Los estudios del funcionamiento de estructuras cerebrales (Gluck, 2009, citado por Muñoz Olano), podrían explicar por qué estos eventos afectan de manera crónica sucediendo sólo una o dos veces e incluso antes de desarrollar los recuerdos episódicos. Barrera (2007), citado por Muñoz Olano (2014), en evaluaciones neuropsicológicas en personas que han sufrido abuso sexual halló diferencias significativas en la memoria a corto plazo, presencia de dificultades para comprender instrucciones, alteraciones a la hora de inhibir respuestas automáticas y un rendimiento inferior.

Aunque la obtención de patrones de los tipos de secuelas es difícil, pues en ocasiones los tipos de maltrato están solapados, a nivel general se puede decir que el abandono o la negligencia podrían provocar efectos más adversos y permanentes porque impiden el desarrollo completo y adaptativo de las zonas y sistemas neurobiológicos relacionados con las habilidades cognitivas y emocionales. Por otra parte, los infantes que viven en contextos violentos y que sufren abusos o maltrato constante suelen desarrollar reacciones de hipervigilancia, reaccionando ante cualquier tipo de situación de manera hostil (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).

Los estudios con animales han señalado que dependiendo del tipo de estrés, agudo o crónico, del sexo del animal, de la historia previa, de la configuración genética, de su exposición a drogas u otros agentes, los procesos de neurogénesis y plasticidad sináptica hipocampal son variables, desarrollándose alteraciones de la memoria a corto plazo, inestabilidad emocional, dificultad para el autocontrol o control deficiente del comportamiento, alteraciones del sueño, sensación de fatiga y disminución de la funcionalidad ejecutiva, entre otras (Zárate, Cárdenas, Acevedo, Sarmiento y León, 2014).

Un gran número de estudios pone de manifiesto la asociación entre las estructuras y el funcionamiento cerebral, entre algunos genes y el comportamiento antisocial. Sin embargo, entender cómo los diversos niveles interactúan y se modulan con las circunstancias ambientales está lejos de lograrse. La revisión de estudios realizada por Urazan y Avila (2015) muestra resultados compatibles con técnicas de neuroimagen en la posible alteración funcional y estructural en casos de psicopatía y encuentran una reducción del volumen de la corteza prefrontal y cambios en el sistema límbico relacionados con el procesamiento de las emociones. Autores como Moya (2004), citado por Urazan y Avila (2015) proponen que el daño en las estructuras implicadas estaría relacionado con factores ambientales y procesos epigenéticos.

Siguiendo esta línea de investigación McGowan, Sasaki, D'Alessio, Dymov, Labonté, Szyf, Meaney et al. (2009) demostraron que las personas suicidas y víctimas de maltrato en la infancia presentan modificaciones a largo plazo en la expresión del gen NR3C1 (receptor glucocorticoide, el cual regula el metabolismo y la resistencia al estrés), localizado en el cromosoma 5. Se conoce bien su implicación en los mecanismos que controlan la respuesta al estrés.

Los cuidados maternos intervienen en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS), a través de la expresión de los receptores glucocorticoides, relacionado con un aumento del riesgo de diversas formas de psicopatología, padeciendo trastornos mentales por la mala adaptación a factores estresantes. La experiencia de maltrato prolongada produce un aumento de la glucogénesis, aumento de la irritación gástrica, de la liberalización de ácidos grasos libres y de la producción de urea, al igual que genera sentimientos de desesperanza y pérdida de control, supresión de la acción inmunológica, disminución del apetito y trastornos psiquiátricos como hipersensibilidad al estrés, ansiedad y depresión. Así como la presencia a estímulos estresores leves constantes y coherentes puede llevar a desarrollar resiliencia, los que resultan incontrolables, severos o imprevisibles pueden llevar a déficits importantes (Muñoz Olano, 2014).

En la revisión realizada por Mesa y Moya (2011) se resalta la importancia de las diferencias individuales y la capacidad de resiliencia de la víctima así como la de otras variables como el sexo y el tipo de maltrato recibido, variables que marcarán su posterior evolución. El maltrato produce alteraciones en el SNC y el SNA, sistema endocrino y el sistema inmune. Los episodios de violencia vividos y, como consecuencia, las reacciones al estrés que los infantes y adolescentes experimentan a estas experiencias traumáticas hacen muy vulnerable el cerebro de niños-as y adolescentes y provoca graves consecuencias de origen neurológico, psicológico y cognitivo conductual, tales como el TEPT, depresión, abuso de drogas, trastornos de personalidad y limitaciones cognitivas asociadas. Las niñas sufren más abusos sexuales que los niños, mientras que éstos parecen verse más afectados por las vivencias de maltrato. Mesa y Moya señalan que tal vez el dimorfismo presente (en niños se muestran más pronunciados en el cuerpo caloso, menor volumen ventricular y menor volumen cerebral) establezca las diferencias que se observan en los trastornos psicopatológicos de la edad adulta.

La respuesta de los organismos a los episodios de estrés agudo son reacciones protectoras y adaptativas, por el contrario, las respuestas al estrés crónico ocasiona un desequilibrio bioquímico que altera el sistema inmune y conducen al desarrollo de enfermedades que afectan al sistema psiconeuroinmunoendocrino, que como un todo regula la interacción de los organismos al medio. Los sistemas nervioso, endocrino e inmune se comunican por medio de múltiples vías de tipo anatómico, hormonal, y neuropéptico y cuya alteración produce enfermedades inflamatorias, agotamiento por el esfuerzo de las glándulas suprarrenales, enfermedades del metabolismo, como obesidad, diabetes tipo 2, y enfermedades cardiovasculares (Moscoso, 2015).

### **2.3. Consecuencias de la violencia. Trauma y Trastorno por estrés post traumático**

Se dedica un apartado concreto a los aspectos más relevantes del trauma, como hecho psicológico y/o físico de especial interés en el estudio de los procesos adictivos.

Según Echeburúa (2004) y Echeburúa y Redondo (2010) un suceso traumático es un hecho negativo que aparece de forma brusca e intensa, que es imprevisto e incontrolable y que tiene consecuencias de indefensión y terror para las víctimas al poner en riesgo su integridad física y psicológica. Se denomina trauma a la respuesta psicológica que deriva de este hecho. La característica fundamental es la pérdida de la confianza básica, de la integridad de la propia persona. Los sucesos traumáticos más habituales pueden ser intencionados y no intencionados. Entre los primeros se encuentra el maltrato infantil, el abuso sexual en la infancia, el terrorismo, secuestro y la tortura, la relación de pareja violenta y las agresiones sexuales en la edad adulta. Entre los segundos destacan los accidentes y las catástrofes naturales. Estos autores señalan que lo que fractura la integridad personal es la violencia injustificada e intencionada que proviene de

otros seres humanos. El porcentaje de personas que desarrollan un trauma en estos casos asciende al 50-70%, frente al 15-20% de los primeros.

En el DSM-5 se denomina trauma a los trastornos que aparecen en y con la exposición a un suceso estresante o traumático y están considerados un criterio diagnóstico *per se*. Se nombra el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación dentro de los mencionados trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

**Tabla 14. Concepto de trauma**

1.	Una vivencia que se presenta como una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada frecuentemente a emociones y sentimientos <i>de confusión y caos cuando se vive el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.</i>
2.	La experiencia se presenta como inexpresable, increíble y es percibida con como inconcebible para los demás
3.	Rompe uno o más de los pilares sobre los que se asienta la <i>seguridad del ser humano: el control de la propia vida, las creencias de invulnerabilidad, la confianza en las demás personas, en su bondad y su tendencia a la empatía y la seguridad en el carácter predecible y controlable del mundo</i>
4.	Hace cuestionar <i>los esquemas del yo y del yo frente al mundo</i>
5.	El impacto del hecho puede leerse como <i>una fractura del sistema de compensaciones y equilibrios que hacen regular la vida de las personas y de las personas en su medio.</i>

Fuente: Pérez-Sales, 2009.

El DSM-5 dedica un capítulo a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Se ha considerado conveniente incluir esta parte en aras a exponer un mayor espectro de las posibles influencias de los factores asociados tanto a las conductas violentas como a las adicciones en general. Las perturbaciones psicológicas que aparecen tras la exposición a un evento estresante o traumático, más allá del miedo o ansiedad comunes que aparecen tras el mismo, indican un fenotipo cuyas características clínicas más importantes son los síntomas disfóricos y anhedónicos expresados como síntomas de hostilidad y enfado o los síntomas disociativos.

El DSM-5 señala como sucesos traumáticos los siguientes, aunque no sólo éstos: la exposición a actos bélicos como civil o como combatiente, el asalto físico o su amenaza (abuso físico en la infancia, robo, atraco, agresión física), abuso sexual real o amenazas (penetración sexual no deseada o facilitada por el consumo de sustancias o alcohol, contacto sexual abusivo, tráfico sexual), ser tomado como rehén o secuestrado, el ataque terrorista, la tortura, el encarcelamiento como prisionero, los desastres humanos o naturales y los accidentes de tráfico. Los hechos presenciados que entran dentro de esta categoría son, entre otros: observar amenazas o lesiones, muertes no naturales, asalto violento sexual o físico, violencia doméstica, accidentes, guerras, desastres, hechos médicos que afectan a los hijos y/o hijas. La exposición indirecta se limita a sucesos que afectan a amistades o parientes cercanos violentos o accidentales como el suicidio, el asalto violento, los accidentes o las lesiones graves.

**Tabla 15. Criterios para el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (DSM-5)**

Criterios:
<b>A. Exposición real o amenaza a lesiones graves, violencia sexual o a la muerte, en una o más de las siguientes formas:</b>
1. Vivencia de forma directa el evento traumático
2. Estar presente en el momento del hecho ocurrido a otros
3. Conocimiento de la experiencia del hecho ocurrido a familiar o amigo cercano. La muerte o amenaza ha sido un hecho violento o accidental
4. Exposición extrema o continuada a circunstancias repulsivas del evento traumático (restos humanos, exposiciones a maltrato infantil, etc). No aplicable a visión por medios fotográficos o electrónicos (películas, televisión) salvo relación directa con el trabajo
<b>B. Existencia de uno o más síntomas siguientes después de la ocurrencia del hecho</b>
1. Recuerdos del hecho intrusivos, involuntarios y recurrentes que generan angustia
2. Sueños de contenido angustioso relacionados con el hecho
3. Reacciones disociativas, en forma extrema pérdida de conciencia del contexto presente, en las que se actúa como si se repitiera el hecho
4. Intenso y prolongado malestar psicológico frente a situaciones internas o externas que se parecen, incluso simbólicamente, a un aspecto del evento traumático
5. Reacciones agudas en el plano fisiológico frente a circunstancias relacionadas que se parecen real o simbólicamente al hecho
<b>C. Evitación de estímulos relacionados con el suceso con posterioridad, por una o las dos formas siguientes:</b>
1. Se evitan recuerdos angustiosos, sentimientos o pensamientos relacionados con el hecho
2. Se evitan los estímulos que despiertan recuerdos angustiosos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso
<b>D. Cambios cognitivos negativos y del ánimo con posterioridad al hecho, con dos o más de las siguientes características:</b>
1. Imposibilidad de recordar algún aspecto del hecho
2. Creencias negativas sobre uno mismo, los demás o del mundo exageradas, que persisten en el tiempo
3. Concepción distorsionada de la causa o de las consecuencias, que persisten y en las que el sujeto se acusa a sí mismo o a los demás
4. Estado de ánimo negativo persistente con sentimientos de miedo, enfado, culpa, vergüenza, etc.
5. Interés o participación disminuida en actividades significativamente importantes
6. Sentimiento de extrañeza o desapego
7. Imposibilidad de experimentar emociones agradables o positivas (satisfacción, felicidad)
<b>E. Cambios importantes de la reactividad y de la alerta asociados al hecho traumático, con posterioridad al hecho, con dos o más de las siguientes características</b>
1. Actitud irritable o arrebatos de ira, con agresión física o verbal hacia personas u objetos
2. Actitudes autodestructivas o imprudentes
3. Comportamiento de hipervigilancia
4. Conductas de sobresalto exagerada
5. Dificultades para concentrarse
6. Cambios en el sueño
<b>F. La duración de los síntomas (Criterios B,C,D y E) es mayor a un mes</b>
<b>G. Los cambios provocan malestar clínicamente significativo o empeoramiento en área laboral, social u otras importantes.</b>
<b>H. Los cambios no se pueden atribuir a síntomas fisiológicos por consumo de sustancias o a otra circunstancia médica.</b>

Fuente: DSM-5.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana, S.A. en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. y estadístico Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5®, 5ª edición. ©2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

Este trastorno puede ser especialmente grave si el agente se produce en una relación interpersonal y es intencional. Existen factores de riesgo y de protección, divididos en factores pretraumáticos -antes de la experiencia del trauma-, peritraumáticos -durante la vivencia- y postraumáticos -posteriores al evento-.

Los factores pretraumáticos pueden ser temperamentales: trastornos mentales previos, como el trastorno depresivo, de pánico, obsesivo compulsivo y problemas emocionales de la infancia alrededor de los 6 años, como problemas de ansiedad. Los factores ambientales son: nivel socioeconómico bajo, escasa educación, exposición a un trauma anterior, situaciones familiares adversas (separación o muerte de algún progenitor, problemas económicos, familia disfuncional), deficiente inteligencia, pertenecer a una etnia o raza minoritaria e historial psiquiátrico familiar. Y los factores genéticos y fisiológicos son: pertenecer al sexo femenino y en personas adultas edad menor al momento de la vivencia del trauma.

Los factores peritraumáticos categorizados son de tipo ambiental: el peligro real que se ha percibido y la gravedad del trauma (las lesiones, violencia especialmente ejercida por un cuidador, la amenaza a un cuidador y para el colectivo militar, ser testigo o autor de atrocidades, dar muerte al enemigo). También es un factor de riesgo la disociación mental durante el trauma que persiste después.

Por su parte, los factores postraumáticos son de dos tipos: temperamentales (valoraciones negativas, inadecuadas estrategias de afrontamiento y desarrollar un trastorno de estrés agudo) y ambientales (exposición a recuerdos molestos, circunstancias adversas, pérdidas vinculadas con traumas financieros).

El DSM-5 subraya que el TEPT es más frecuente, durante toda la vida, entre el colectivo femenino que en el masculino. Las mujeres también muestran TEPT de mayor duración que los hombres, en parte atribuible a una mayor probabilidad de exposición a acontecimientos traumáticos, como la violencia interpersonal y las violaciones. En grupos expuestos a la violencia interpersonal, las diferencias para el desarrollo del estrés postraumático están atenuadas o no son significativas.

Jaquier, Flanagan y Sullivan (2015), al examinar las vías indirectas de la violencia de pareja (psicológica, física y sexual) y los problemas de consumo de sustancias, ponen de manifiesto que la ansiedad y la gravedad de los síntomas de estrés postraumático tienen efectos únicos entre las mujeres víctimas de violencia y drogodependientes.

Las mujeres drogodependientes víctimas de violencia son más propensas a mostrar síntomas depresivos (Connelly, Hazen, Baker-Ericzen, Landsverk y Horwitz, 2013) y a mostrar TEPT (Cohen, Field, Campbell y Hien, 2013; Kaysen et al., 2007; Najavits, Sonn, Walsh y Weiss, 2004; Peters, Khondkaryan y Sullivan, 2012) que las mujeres drogodependientes que no han experimentado violencia.

Clark et al. (2014) señalan que la naturaleza de la relación entre el uso de sustancias, el trauma y la agresión es inclusiva. Las personas consumidoras que se encuentran en tratamiento y han sufrido un trauma obtuvieron diferencias significativas en comportamientos de externalización y una mayor necesidad de ajuste y entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.

Las drogodependencias están asociadas a trastornos por estrés postraumático y a la historia de violencia física y/o sexual (Villagrà et al., 2011; Cohen et al., 2010; Greenfield, Brooke, Gordon, Green, Kropp, McHugh y Miele, 2007) y hacen necesaria una intervención teniendo en cuenta estas circunstancias (Ashley, Marsden y Brady, 2003).



## CAPÍTULO 3. RELACIONES ENTRE DROGAS Y VIOLENCIA

En esta última parte de la fundamentación teórica, en primer lugar, se hará un recorrido por las relaciones entre el consumo de drogas y la violencia desde un punto de vista sociocultural; posteriormente se presentará una revisión de los estudios encontrados en los que se relacionan ambas variables, violencia y consumo de drogas, junto con las principales conclusiones de los mismos. Por último, y como inicio al estudio cualitativo, se muestran los resultados de estudios anteriores realizados dentro de esta misma línea de investigación que constituirán el punto de partida de la investigación cualitativa y cuantitativa y cuyos resultados se recopilan en los capítulos posteriores.

### 3.1. Historia y modelos explicativos

Con frecuencia, las conductas violentas forman parte de entornos asociados al consumo de sustancias y entre las personas con problemas de adicción la violencia ha formado parte de su biografía tanto en el papel de víctimas como de agresores o en ambas circunstancias a la vez.

Las revisiones teóricas de los estudios existentes hasta 1980 realizada por investigadores norteamericanos permiten llegar a la conclusión de que los acercamientos para abordar el problema de la droga y su relación con una expresión de la conducta violenta, la delincuencia en este caso, son numerosos y no es posible identificar lo que se conoce. Lo cierto es que la relación existe, pero hasta ese momento no se podía lograr responder a la cuestión de qué causa qué (Del Olmo, 1999). Los distintos modelos teóricos intentan explicar por qué el consumo de drogas y de alcohol es un factor de riesgo para la conducta antisocial.

En 1985, el trabajo de Goldstein titulado *La conexión drogas/violencia: un marco conceptual tripartito*, amplía la comprensión del problema y sirve de referencia para estudios posteriores. Hasta la aparición del mencionado artículo, la investigación se dirigía a señalar posibles vínculos entre el consumo de drogas y los delitos contra la propiedad, sin reparar en su contenido violento. Este autor plantea otras alternativas mediante el establecimiento de nuevas conexiones entre la criminalidad y las drogas, considerados como modelos afines operativos. Según Goldstein existen tres modelos de acercamiento a la comprensión de las conexiones entre ambas:

1. El modelo psicofarmacológico, que parte de la relación entre el consumo de drogas y la conducta delictiva. Incluyeron los casos de individuos que a raíz del consumo de determinadas sustancias, especialmente de alcohol, barbitúricos y PCP, manifiestan conductas violentas. Esta nueva visión añade hechos anteriormente invisibilizados: violación, maltrato familiar, homicidios y lesiones de tráfico. No se ha podido establecer una relación causal directa pero sí una correlación entre ambas variables. Plantea, en resumen, que los efectos del consumo de alcohol degeneran, en ocasiones, conductas violentas (Boles y Miotto, 2003; Ito, Miller y Pollock, 1996; MacCoun y Reuter, 2002; Auerhahn y Parker, 1999).
2. En segundo lugar, el modelo económico-compulsivo incluye a personas consumidoras que comenten crímenes violentos para conseguir dinero y satisfacer su consumo. Las drogas más habituales por su alto coste y por la compulsividad del consumo son la heroína y la cocaína. Quedan excluidas las personas con medios económicos, por lo que estos

hechos pueden ser violentos en función del contexto en los que se genera (Goldstein, 1995; Anglin y Perrochet, 1998).

3. En tercer lugar, el modelo sistémico explicaría la violencia involucrada con cualquier sustancia ilegal y alude a las pautas de interacción en las redes de tráfico y los sistemas de distribución (Inciardi, 1990). La conducta antisocial reduciría la adhesión a las normas sociales aumentando la relación de las personas en el consumo ilegal de las drogas, lo cual a su vez, reforzaría las oportunidades para el incremento del consumo de dichas sustancias (Farrington, 1995; White, Brick y Hansell, 1993).

Finalmente, otras-os autoras-es defienden el Modelo de causa común, en el que se postula la existencia conjunta y común de factores que aumentarían la implicación en los diversos tipos de conducta desviada, entre los que se incluirían el consumo de drogas y la violencia (White y Labouvie, 1994; White, 2004).

Goldstein señala que la interrelación entre ambas variables se asocia a los siguientes casos de violencia: "1. Disputas sobre territorio entre distribuidores de drogas rivales; 2. Asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución como medio de imponer códigos normativos; 3. Robos a distribuidores de drogas y la retaliación violenta del distribuidor o jefes; 4. Eliminación de informantes; 5. Castigo por vender drogas adulteradas o falsas; 6. Castigo por no pagar deudas; 7. Disputas sobre drogas o su parafernalia; 8. Robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas" (Goldstein, 1995, p. 257).

La ONU (1972), en las Resoluciones aprobadas por la Convención única de 1961 y con posterioridad redefinida en el Protocolo de 1972, plantea la necesidad de separar la 'relación directa' entre violencia y consumo de drogas, distinguiendo entre los delitos cometidos bajo la influencia de drogas y la 'relación indirecta', esto es, los actos delictivos cometidos para obtener drogas. El Artículo 38 referido a las medidas contra el uso indebido de estupefacientes establece que: 1. Se prestará atención a la prevención del uso indebido de drogas y a la identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, se adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido. 2. Se fomentará, la formación del personal que asista en el tratamiento, al finalizar éste, en la rehabilitación y readaptación social para drogodependientes. 3. Se procurará facilitar la información a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su prevención y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general.

Además, este texto rompe algunos mitos cuando indica que los términos delincuencia y uso indebido de drogas no son realidades absolutas. Señala dentro de la 'relación directa' la diferencia según los tipos de drogas, entre las que destaca la importante relación entre el alcohol y el delito violento. En cuanto a la 'relación indirecta' atribuye la importancia del incremento de la criminalidad al hecho de que, por lo general, las drogas se compran de forma ilícita, lo cual lleva a desenvolverse en entornos criminales y a la continuación de los actos delictivos (ONU, 1972).

Si el contexto social proyecta los valores y expectativas de varones y mujeres, los roles sociales de género manifiestan niveles diferentes de flexibilización y adaptación a las diversas circunstancias. Por tanto, para pertenecer al propio grupo, una persona debe adquirir y desarrollar los comportamientos esperados en función de los roles de género ya definidos. Estos roles son distintos para ambos sexos, quienes desempeñan y asumen estatus sociales diferenciados, y ejercen una influencia directa sobre la conducta (Barreda et al., 2005).

En este sentido, la violencia se aprende y se legitima como método de definición y reafirmación personal y prevalece frente a la palabra en la consecución de objetivos. Los mandatos de género masculinos mantenidos socioculturalmente 'obligan' al hombre a ser autosuficiente e importante, a poder establecer las reglas dentro de las relaciones y a poder utilizar la violencia como medio para "dominar, conquistar y defenderse" de quienes ataquen su "cuerpo, orgullo o virilidad" (Carandell, 2009, p. 16), mientras que a las mujeres se las ha entrenado culturalmente para mantener y generar vínculos afectivos, es decir, para las tareas emocionales del grupo propio: cuidado y mantenimiento de la pareja, comprensión, cuidado y educación de hijos e hijas, es decir, a ser y estar para los y las demás renunciando a un proyecto de vida propio (Nogueiras, Adechederra y Bonino, 2002).

Las experiencias de violencia en población drogodependiente y el consumo de drogas en víctimas de violencia son procesos dentro de un continuo individual y/o relacional. Las personas implicadas en ambos transcurso perciben dificultades para cambiar su comportamiento. Esta situación obliga a dispensar una especial atención clínica a los colectivos afectados y sitúa a los y las profesionales frente a lagunas teóricas y falta de herramientas específicas, lo que supone una limitación para una adecuada intervención en cualquiera de sus fases: inicio y demanda de tratamiento, desarrollo y finalización del proceso educativo-terapéutico y prevención de las posibles recaídas de ambas problemáticas (Macy, Renz y Pelino, 2013; Mason y O'Rinn, 2014; Simonelli, Pasquali y Palo, 2014).

En general, para el tratamiento de ambos fenómenos existe una complejidad añadida a cualquier intento de desmontar o redirigir tanto los procesos clínico paliativos de los trastornos por el uso de sustancias como de los procesos terapéuticos presentes en los programas de las personas agresoras, dificultando una salida funcionalmente válida a ambas problemáticas cuando éstas coexisten. De cualquier forma, la adicción a sustancias es una respuesta individual que se manifiesta por múltiples factores bio-psico-socio-culturales y que acarrea consecuencias individuales, familiares y sociales negativas y conflictivas en la mayoría de las personas que la sufren. La misma definición cabe decir de la violencia, como respuesta individual también está condicionada multifactorialmente, y que daña y perjudica a la persona o personas sobre las que recae.

De la misma forma que se recurre a la violencia como sistema de control social, el uso y/o abuso de sustancias se presenta como un recurso inicialmente compensatorio que garantiza un precario equilibrio homeostático. El recurso a la violencia y al uso de las drogas, por separado o en interrelación, va a permitir mantener una cierta homeostasis social bajo estas premisas, es decir, va a jugar a favor del mantenimiento del sistema a través del acceso limitado a los bienes y por medio del reparto de tareas organizativas y funcionales.

### **3.2. Consumo de drogas y violencia**

Se muestran a continuación los estudios que han relacionado ambas variables, si bien al ser estas multifactoriales, como se ha comentado anteriormente, los estudios analizados son muy variados y poco concluyentes en sus resultados.

El primero de ellos es el de Ramos-Lira (2000), que en su trabajo *Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas* plantea tres preguntas que darían cuenta de las diferentes direcciones que ofrece esta relación.

A la primera pregunta, si el hecho de sufrir violencia de género tiene efectos en el consumo de alcohol y/o drogas en las mujeres, la autora señala que la conducta violenta predispone al riesgo de consumo de sustancias y/o alcohol. En concreto dice que las mujeres que han experimentado violencia doméstica corren más riesgo de usar y abusar de las drogas (Abbott, Jonhson, Koziol-McLain y Lowenstein, 1995; Dennerstein, Artsbury y Morse, 1993) y que la literatura señala un mayor consenso sobre la influencia en el desarrollo de adicciones entre las que han experimentado violencia sexual en la infancia y/o adolescencia (Moncrieff, Drummond, Candy, Checinski y Farmer, 1996), señalando algunos estudios un riesgo de dependencia de sustancias de hasta siete veces más alto en estas mujeres (Roberts, Williams, Lawrence y Raphael, 1998). Según Ramos-Lira, otros estudios realizados en México no sostienen la evidencia de que exista asociación entre la violencia de género y el consumo de alcohol, pero sí existe una consistente relación con las drogas ilegales y las médicas. Sin embargo, cuando se analiza la situación de las mujeres alcohólicas y adictas a otras drogas en este mismo país, se encuentra que estas mujeres: 1. Han vivido experiencias de abuso sexual, hostigamiento físico y mental, explotación infantil y negligencia; 2. Experiencias de violencia doméstica en edad adulta; 3. Y un alto riesgo de formar pareja con hombres violentos y/o consumidores problemáticos de alcohol y otras drogas (Ibid, 2000).

A la segunda pregunta, si el consumo de drogas por parte de las mujeres es un factor de riesgo para experimentar violencia, el estudio de Fazzone, Holton, Reed, Cook, Gartner et al., (1997) señala que las mujeres que consumen alcohol o drogas son más proclives a sufrir violencia de género proveniente de familiares, conocidos, desconocidos, personal de salud y personal de justicia. Tienen también más riesgo de padecer violencia doméstica y violencia sexual y más dificultades para pedir ayuda por sus problemas de consumo de alcohol/drogas, aún en caso de embarazo (Theidon, 1995) y por dos razones principalmente: en primer lugar por el peso del papel social a cumplir en relación con las expectativas sobre lo que debe hacer/no hacer, y en segundo lugar porque se comprueba que en los hombres adictos son las madres y esposas las que piden ayuda. Ramos-Lira manifiesta que detrás de estas circunstancias se aprecia que las mujeres están sometidas a una doble moral: se permiten y toleran ciertas conductas a los hombres y existe una gran intolerancia si ellas las llevan a cabo. Por parte de las instituciones y de la sociedad en general, existe hacia las mujeres drogodependientes reacciones revictimizadoras que agravan su situación y dificultan aún más la posibilidad de pedir ayuda.

En la tercera pregunta la citada autora se cuestiona si el consumo de alcohol y otras drogas afecta a la probabilidad de que el hombre ejerza violencia de género. Un resumen de las diferentes investigaciones al respecto llevaría a concluir que: algunos agresores son consumidores de alcohol/drogas pero no todos; que algunos consumidores ejercen violencia pero no todos, y que aparecen casos de abuso sexual infantil, violaciones y maltrato doméstico cometidos por hombres ebrios, pero los cometen también otros hombres que no padecen ese estado alcohólico. La autora recoge del citado estudio de Fazzone et al. (1997) el dato relativo a que entre una cuarta parte y la mitad de los hombres que comenten violencia doméstica también tienen problemas de abuso de sustancias y que un importante porcentaje de maltratadores fueron criados por progenitores que abusaban de drogas/alcohol. También se hace referencia a un estudio realizado por la propia autora en los servicios de urgencias de México, el cual mostró que en el 87,5% de los casos de mujeres que ingresaron por un episodio de violencia doméstica, los responsables del maltrato fueron sus parejas, hombres bajo los efectos del alcohol y considerados bebedores excesivos de esta sustancia. Este hecho podría dar cuenta de que si bien el consumo de alcohol no es un factor determinante de la violencia, sí incrementa el riesgo de ejercerla y de forma más severa. Los efectos de la sustancia, en general, producen una reducción de las inhibiciones, lo que podría incrementar la probabilidad de que la persona enojada reaccionara de forma violenta y descontrolada (Frude, 1994). Algunos hombres pueden consumir alcohol deliberadamente como

excusa que les permite maltratar a su pareja (Gelles, 1987). Completando el recorrido realizado por Ramos-Lira, Bennet y Lawson (1993) concluyeron en un informe que el 46% de los hombres que abusaban de sustancias eran maltratadores, el 60% de las mujeres que abusaban de sustancias eran víctimas de violencia y el 42% de mujeres en programas de violencia doméstica abusaban de las drogas.

**Tabla16. Relaciones entre Violencia/consumo de sustancias para las mujeres (Ramos Lira, 2000)**

¿El sufrir violencia de género tiene efectos en el consumo de alcohol y/o drogas de las mujeres?	¿El consumo de drogas por parte de las mujeres es un factor de riesgo para experimentar violencia?	¿El consumo de alcohol y otras drogas afecta la probabilidad de que el hombre ejerza violencia de género?"
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mujeres que han experimentado VD* corren más riesgo de usar y abusar de las drogas</li> <li>· Las que han experimentado VS** en infancia y/o adolescencia tienen un riesgo de hasta 7 veces más alto de depender de sustancias</li> <li>· En las mujeres que han sufrido VG*** se muestra una relación consistente con el consumo de entre drogas ilegales y las médicas</li> <li>· Mujeres alcohólicas y adictas a otras drogas: 1.- han vivido experiencias de abuso sexual, hostigamiento físico y mental, explotación infantil y negligencia; 2.- han sufrido VD en edad adulta; 3.- muestran un alto riesgo de establecer pareja con hombres violentos y/o consumidores problemáticos de alcohol y otras drogas (necesidad de tratamiento conjunto)</li> <li>· Una forma de disminuir el consumo excesivo de alcohol/drogas es previniendo la ocurrencia de VG, tanto en edades tempranas como en la adolescencia y la adultez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Las mujeres que consumen alcohol/drogas están más expuestas a VG por parte de familiares, conocidos, desconocidos, personal de salud y de justicia</li> <li>· También presentan más riesgo de VD y VS</li> <li>· Tienen más dificultades para pedir ayuda para tratar los problemas de consumo de alcohol/drogas, aún durante el embarazo, por el peso del papel social a cumplir en relación a las expectativas sobre lo que debe hacer/no hacer. En los hombres adictos: madres y esposas son las que piden ayuda</li> <li>· Las mujeres están sometidas a un estándar de doble moral. Mayor tolerancia a que se realicen ciertas conductas en los hombres y gran intolerancia si la mujer las lleva a cabo. Reacciones revictimizadoras por parte de instituciones y sociedad en general que agravan la situación y dificultan aún más la posibilidad de pedir ayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Algunos agresores son consumidores de alcohol/drogas, pero no todos. Algunos consumidores ejercen violencia, pero otros no</li> <li>· En abuso sexual infantil, violaciones y maltrato doméstico perpetradores aparecen casos de hombres ebrios, pero otros no</li> <li>· De una cuarta parte a la mitad de hombres que comenten VD también tienen problemas de abuso de sustancias</li> <li>· Un porcentaje importante de maltratadores fueron criados por padres que abusaban de drogas/alcohol</li> <li>· No existe relación de directa, pero se incrementa el riesgo de ejercerla y de forma más severa</li> <li>· Algunos hombres deliberadamente pueden consumir alcohol como excusa que les permite maltratar a su pareja</li> </ul>

\*Violencia doméstica. \*\* Violencia sexual. \*\*\*Violencia de género.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ramos-Lira, 2000.

Un estudio reciente encontró que la prevalencia de victimización por asalto, agresión o violencia sexual era mayor entre los hombres y las mujeres consumidoras-es abusivos de alcohol comparadas-os con quienes no presentaban esos patrones de consumo (Castillo-Carniglia, Pizarro, Luengo y Soto-Brandt, 2014).

Por otra parte, Arostegui y Urbano (2004) constataron la relación entre el abuso y el maltrato padecido en la infancia de mujeres drogodependientes en tratamiento y el abuso de sustancias psicoactivas en momentos evolutivos posteriores. Así, más de la mitad (el 55,4%) de la muestra participante de mujeres drogodependientes que habían realizado programas de deshabituación en la CAPV declaró haber sido objeto de abuso físico, psicológico y/o sexual en algún momento de su vida. Teniendo en cuenta la sustancia de abuso, las mujeres usuarias de opiáceos del citado estudio habían sufrido abusos sexuales en mayor medida, mientras que las mujeres alcohólicas mayoritariamente habían sido víctimas de abusos físicos (maltrato físico como palizas, golpes etc.) y psicológicos (insultos, desvalorización, acoso moral, etc.). El 50% de las consumidoras de alcohol declararon haber pasado por la experiencia de abuso y/o maltrato. Con respecto al tipo de

experiencia, en un 32,3% de los casos el abuso o maltrato es físico, en otro 32,3% de los casos se trata de abusos o maltrato psicológico y en un 35,4% de los casos el abuso es de carácter sexual. La edad de las entrevistadas, cuando sucede esta experiencia, resultó ser antes de los 9 años para el 19,4%, en el caso del 25,8% de las maltratadas la experiencia ocurre entre los 10 y los 16 años y el 54,8% la recuerda después de los 17 años. Se comprobó que la totalidad de las mujeres maltratadas sufrió abusos a edades tempranas, en etapas previas a la instauración de la adicción. Si se tiene en cuenta el carácter del maltrato se comprueba que en el caso de los abusos físicos, el agresor es un familiar o vecino (50%) y en segundo lugar el padre (40%). En cuanto al maltrato psicológico, éste lo ejerce mayoritariamente el padre (50%), mientras que la figura abusadora en el caso de las agresiones sexuales corresponde a tíos, vecinos u otras personas cercanas a la afectada (81,8%). El estudio determinó que la experiencia de maltrato es un factor antecedente al consumo de drogas y se comprobó que el esquema que se repite en las familias de origen de las mujeres encuestadas con problemas de abuso de sustancias corresponde a aquel en el que 1. Se da una mayor proporción de padres con problemas de alcohol, 2. Existencia en torno al 50% de problemas psiquiátricos en la familia, sobre todo problemas de depresión en la figura materna y 3. Existen experiencias de abuso o maltrato físico, psicológico y/o sexual por parte de padres, hermanos y otras figuras masculinas cercanas.

Cada una de las diferentes sustancias consumidas produce distintas situaciones de vulnerabilidad. No es lo mismo la situación de una mujer que consume heroína y cocaína intravenosa que la de otra que usa cannabis, éxtasis y alcohol (Chait y Zulaica, 2005). Los datos disponibles hasta ese año provienen de estudios transversales, por lo que resulta complicado determinar si el abuso de sustancias precede a la violencia doméstica o es una estrategia de afrontamiento ante la misma. Paulina Paz (2003) resume un gran número de investigaciones en las cuales se observa el uso de alcohol y drogas por parte de las mujeres como factor de riesgo para la experimentación o padecimiento de violencia doméstica, no obstante las conclusiones son equívocas.

Se concluye que si bien el uso de alcohol y drogas por parte de la víctima puede jugar un rol en la violencia doméstica, es el uso de alcohol y drogas por parte del maltratador el que, usualmente, juega un rol mucho mayor (Paz, 2003).

Otro estudio, de Llopis et al. (2005) intenta reflejar la realidad de la violencia de género entre las mujeres adictas con el objetivo de programar estrategias que aborden la violencia y sus consecuencias en los recursos de tratamiento de la adicción. Parte del interés reside en recoger de forma completa las circunstancias específicas en las que se encuentran las mujeres adictas y que inciden de forma negativa a la hora de proyectar un tratamiento eficaz para ellas: existencia de Trastornos de Estrés Postraumático como consecuencia de las experiencias de violencia y/o maltrato sufridas y relaciones familiares y/o de pareja marcadas por la subordinación y la dependencia emocional.

En esta misma línea, Chait y Zulaica (2005) hacen una reflexión sobre la situación de enorme vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres adictas. Plantean que las mujeres drogodependientes se encuentran con un doble factor de riesgo para el padecimiento de la violencia doméstica: su condición de mujeres y de personas drogodependientes.

Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp (2014) investigaron si la combinación del consumo de ciertas de sustancias predice la victimización o la perpetración de la violencia de pareja entre las personas que inician un tratamiento por abuso de sustancias. De la muestra casi un tercio había sido víctima o agresor en el último año. Para los hombres el consumo de alcohol en combinación con cannabis y/o cocaína predijo significativamente situaciones de violencia (como agresor o víctima). Para las mujeres resultó ser predictiva la combinación de alcohol y cocaína. Los

resultados de este estudio ponen de relieve la importancia de evaluar de manera rutinaria la violencia de pareja en pacientes en tratamiento por el abuso de sustancias y demuestran que las y los profesionales deben estar particularmente alerta en los casos de violencia en pacientes con los consumos descritos anteriormente.

Soldino, Romero-Martínez y Moya-Albiol (2016) realizan un análisis en profundidad de los trabajos publicados hasta el momento, con el fin de comprender desde una perspectiva neurobiológica el consumo de drogas y la violencia padecida en mujeres. Los estudios señalan que los principales factores de riesgo para la facilitación de la violencia y/o delincuencia en mujeres son las experiencias de maltrato durante la infancia y el consumo de drogas, además de niveles altos de cortisol y testosterona y bajos de serotonina y oxitocina.

Kaufmann, O'Farrell, Murphy, Murphy y Muchowski (2014) señalan que los estudios de prevalencia revelan que entre un 50% y un 65% de estas mujeres han sufrido violencia de pareja durante el último año. Estos estudios también revelan que dos de cada tres mujeres también perpetraron violencia física contra su pareja durante el último año. Las conclusiones de este artículo hablan de la importancia de contemplar en el tratamiento a las víctimas y a quienes perpetran la violencia. Advierten que los motivos de conflicto pueden continuar, e incluso intensificarse, al inicio de la recuperación. Estos autores-as plantean que las y los profesionales de la clínica deben educar a las mujeres para hacerlas ver que las discusiones bajo los efectos de sustancias aumentan el riesgo de ser parte en las situaciones de violencia. Muchas mujeres pueden experimentar la culpa y la vergüenza asociada con sus propios actos de violencia. Además, estas experiencias también se pueden usar en una intervención de orientación motivacional para fomentar la participación en el tratamiento. Finalmente, los resultados ponen de manifiesto que muchas mujeres han experimentado el trauma de la victimización violenta por parte de sus parejas masculinas, que a menudo es parte de un patrón más amplio de abusos físicos, emocionales y sexuales que sufren estas mujeres.

En el cuadro siguiente se resumen las relaciones entre la violencia y el consumo de alcohol, heroína, y cocaína y alcohol.

**Tabla 17. Relaciones entre Violencia y el consumo de diversas sustancias en las mujeres**

<b>Alcohol</b>	<b>Heroína</b>	<b>Cocaína y Alcohol</b>
<p>La incidencia de problemas con el alcohol en familias con violencia es muy alta, entre el 50% y el 75% (Katz 1982). En el 47,0% de las personas involucradas en agresión física, éstas habían bebido con anterioridad a los episodios de violencia (Sánchez, Navarro y Valderrama, 2004). Diversas investigaciones mostraron que la prevalencia de abuso o dependencia de esta sustancia va de 6,6% a 44%, disminuyendo a medida que el tamaño muestral de las investigaciones aumenta, con una media ponderada de 18.5% (Golding 1999).</p>	<p>Situaciones de gran vulnerabilidad por la obtención de la sustancia (prostitución, abusos, violencia, etc.). Gran deterioro social, sanitario y emocional.</p> <p>Experiencias de violencia tanto en mujeres que apoyan a sus parejas en tratamiento por alcoholismo, como en las propias usuarias de los servicios de tratamiento.</p>	<p>Las mujeres consumidoras de cocaína y alcohol suelen emparejarse a otro consumidor, resultando relaciones muy destructivas por los efectos de estos consumos a largo plazo, caracterizados por irritabilidad, agresividad, impulsividad, depresión, ansiedad, etc. (Delgado 2002).</p>

Fuente: Elaboración propia en base a la documentación de Chait y Zulaika, 2005.

Para FARAPI (2007), el vínculo más importante entre violencia de género y consumo de drogas es el papel que representa el consumo de drogas y alcohol dentro de la construcción de la

identidad masculina. Violencia y consumo de sustancias se refuerzan mutuamente, principalmente por el contexto en el que convergen estas variables. El consumo de drogas modifica la percepción y la cognición y este hecho podría dificultar la relación y la comunicación, aumentando “la susceptibilidad y generar así situaciones agresivas debido a malas interpretaciones o percepciones confusas de la situación” (Ibid, p. 74). Se sugiere que existen unos factores que reforzados entre sí podrían producir el mismo efecto, aunque no en todos los hombres, como son: 1. El papel de la violencia y el papel del consumo de drogas en la demostración y construcción de la virilidad, 2. Los entornos y contextos de consumo y/o tráfico, que propician la agresividad y 3. Los efectos sobre la capacidad perceptiva y cognoscitiva que potenciaría un aumento de la susceptibilidad.

Para FARAPI existen unas vinculaciones directas e indirectas entre ambas variables. Las vinculaciones directas entre violencia sexual y maltrato y abuso de drogas o alcohol se producen cuando las mujeres están en estado de ebriedad. La connotación negativa que este estado propicia hace que se las conciba “como persona promiscua” y/o “presa fácil” para el agresor. Además de este estereotipo, si las mujeres abusan de sustancias, consecuentemente, se encuentran en una situación de indefensión por su estado físico y mental, lo que puede contribuir a agravar su estado frente a la agresión o la violencia contra ellas. En casos de maltrato doméstico, el estado en el que se encuentran las mujeres, si beben, puede convertirse en una excusa para justificar la violencia contra ellas, tanto en varones que beben como en los que no toman alcohol. Otra relación directa se encuentra entre maltrato-violencia sexual y el posterior abuso de sustancias por parte de las mujeres víctimas del mismo.

Las relaciones indirectas entre violencia sexual-maltrato-abuso de sustancias se producen cuando hay varones que abusan de sustancias y son maltratadores. Incluyendo ambas posibilidades: que la actitud de maltrato sea anterior al abuso de drogas y que el consumo de éstas predisponga a la violencia.

Las conclusiones para FARAPI son que, de no ser por el marco sociocultural, ninguna combinación de estos factores induciría a agredir a las mujeres. Dicho marco está definido por un sistema jerárquico de valores en el que ambos sexos están obligados a relacionarse. El valor de lo masculino surge por medio de la demostración de su superioridad y de la negación a lo femenino.

Las relaciones de violencia vividas anteriormente en mujeres drogodependientes, junto a procesos de aprendizaje como el aprendizaje vicario, el condicionamiento clásico y el operante, en su sentido más clásico, influyen de forma más o menos directa en la génesis y/o potenciación de situaciones de violencia contra las mujeres cuando éstas son adictas.

Así, entre el abuso de sustancias y la violencia de género se establece una relación multilateral, no unilateral. El análisis sociocultural permite entender, mejor que los modelos farmacológicos o psicológicos, el papel que juegan las drogas en la violencia, pues en su explicación se incluyen otras variables. El hecho de estar en estado de ebriedad no es un paréntesis cultural, es un fenómeno que está pautado culturalmente.

De la Peña (2010) analiza las relaciones entre la conducta antisocial y el consumo de sustancias en contextos juveniles y llega a la conclusión de que ambas conductas, junto con otras, pueden ser entendidas “como manifestaciones asociadas a un mismo síndrome de conducta problemática subyacente a una serie de factores de riesgo social” (p. 11). A modo de conclusión, en el estudio descriptivo de su tesis doctoral resalta que la prevalencia del comportamiento antisocial es significativamente mayor en los varones, excepto para el consumo de anfetaminas y tabaco en el que muestran mayores índices las mujeres, aunque estas diferencias por sexos tienden a

atenuarse. Entre los 14 y 16 años es cuando la prevalencia de las conductas antisociales, con respecto a edades mayores aumentan, excepto para el consumo de sustancias, que evidencia un claro aumento. En aquellos-as adolescentes que presentan altos niveles de conducta antisocial, la prevalencia del consumo de drogas y de las conductas agresivas y/o violentas son significativamente mayores, confirmando la hipótesis de que las distintas manifestaciones del comportamiento antisocial se muestran de forma conjunta. Los factores de riesgo que aparecen con mayor valor predictivo para ambos sexos y en todos los rangos de edad de la muestra de adolescentes analizada (1.629 participantes, 786 hombres y 843 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años de edad) son: ser varón y tener edades más avanzadas dentro de la adolescencia, la ausencia de práctica religiosa y/o de actividades culturales o deportivas, el absentismo escolar, la valoración negativa de la enseñanza escolar y un bajo rendimiento académico, la ausencia de comunicación y la conflictividad familiar, el tener amistades violentas y el participar en actos agresivos por no quedar mal frente al grupo y otros rasgos como: desinhibición, agresividad, impulsividad y búsqueda de estímulos.

De la Peña confirma, pues, el valor del modelo de causa común para explicar la relación existente entre el consumo de drogas y la conducta antisocial. Así, mediante el análisis con modelos explicativos estructurales identifica la existencia de factores comunes y específicos en la explicación de la conducta antisocial y del consumo de drogas, tanto en función del sexo como de la edad de las y los adolescentes; también explica la variabilidad de la conducta antisocial y el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y cannabis, pero no el consumo de otras drogas ilegales. Esta influencia de factores de personalidad, familiares, escolares y de grupo de pares fue distinta en función de la edad y el sexo del colectivo de adolescentes. Un estilo conductual impulsivo, agresivo o desinhibido de forma significativa mostró más influencia sobre ambas conductas.

En la relación que se establece entre las variables principales sería lógico pensar que los mandatos de género establecen un peso específico en cada uno de los sexos que se estudian, en las mujeres y hombres drogodependientes en tratamiento, por lo que en el presente informe es determinante incluir la perspectiva de género.

Con respecto a la violencia experimentada en etapas anteriores a la instauración de la adicción a sustancias, la historia de maltrato físico o de violencia se especifica en numerosos estudios como una variable muy fuerte y altamente predictora de la concurrencia de comportamientos adictivos y violentos en los grupos de población en los que se ha estudiado (Ramírez, 2007; Milner, 1993; Pham, 2000; Cerezo, 1995; ONU, 2006a).

Por una parte, nuestro sistema social y estructural premia la violencia como forma de resolver los conflictos. Los hombres han aprendido en la socialización primaria y secundaria que la mejor forma de conseguir el control y dominar a otros hombres y a las mujeres es utilizando la violencia. Ésta se convierte en un instrumento de dominación y control social. En función de los recursos comunicativos y/o relacionales se reacciona con formas tipificadas y similares en función de los objetivos individuales o grupales para conseguir y/o mantener el control y el acceso a los recursos. No existen perfiles de víctimas ni de maltratadores, aunque sí similares formas de reaccionar tipificadas en función de los intereses, objetivos y consecuencias. Por otra parte, la relación desigual entre los hombres entre sí y entre los hombres y las mujeres (esta última complementaria en la ejecución de roles marcados social y educacionalmente) perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres e infravalora los roles, atributos y espacios destinados a ellas.

Tanto el maltrato como la adicción son síndromes, al no determinarse una única causa para su existencia. En ambos se entrecruzan factores de índole genético, emocional, educativo, familiar, social y laboral (Spiral, 2002; Spiral, 2005; Instituto de la Mujer; 2002).

En este sentido, ciertas investigaciones sugieren una base neurobiológica que relaciona tanto las preferencias por el comportamiento sexual (variable determinante en las relaciones de pareja) como las relacionadas con el consumo de sustancias y señalan que ambas son respuestas condicionadas. Coria-Ávila, Pfaus, Miquel, Pacheco y Manzo (2008) hacen una comparación comportamental y neurobiológica de ambas conductas en modelos de estudio llevados a cabo en animales de laboratorio y concluyen que las preferencias condicionadas por el sexo o por el consumo de drogas tienen similitudes:

*En ambos procesos se aprende a asociar cambios de estado fisiológico y subjetivo a lo que se denomina recompensa con estímulos ambientales, induciendo así la formación de preferencias aprendidas, lo que ha llevado a pensar que tanto las preferencias de pareja que aparecen después de encuentros sexuales como el consumo repetido de drogas dependen, al menos en parte, del condicionamiento clásico que ocurre por la asociación de estímulos condicionados y la recompensa (p. 213).*

Además, en ambos procesos, conducta sexual y consumo de drogas, se activan en el cerebro áreas del sistema mesolímbico sobre los que actúan los mismos neurotransmisores, entre otros la dopamina, los opioides y la oxitocina. Experimentos con animales muestran que los estímulos condicionados con drogas activan circuitos implicados en la recompensa sexual, los cuales se activan para buscar y detectar estímulos sexuales, esenciales para reproducirse y sobrevivir (Coria-Ávila, et. al., 2008).

Algunos modelos explicativos multicausales de la violencia doméstica hacen referencia directa al consumo de alcohol o al nivel de alcoholismo, entre ellos:

1. Stith y Farley (1993) señalan que el nivel de alcoholismo está relacionado con la autoestima y que éste también influye en el estrés marital y en la aprobación de la violencia dentro de la pareja como respuesta a este estrés,
2. El modelo ecológico (1995) establece como un factor de riesgo para la violencia el alcoholismo junto al aislamiento social, el desempleo y el estrés económico,
3. El modelo de Berkowitz (1996) habla de disposiciones personales como la agresividad, las normas y valores, el nivel de autoestima y los hábitos de bebida como predisponentes/desencadenantes de la violencia doméstica,
4. El modelo de Echeburúa y Fernández (1998) considera que el consumo abusivo de alcohol traduce un déficit de habilidades comunicativas e incrementa la actitud de hostilidad.

Aguar (2004) comprobó que el consumo habitual de alcohol y/o drogas por la pareja se presenta entre los antecedentes asociados con más fuerza al riesgo de haber sufrido malos tratos.

Lafuente (2009) comprobó que determinados factores de riesgo “como los antecedentes de enfermedad mental, la impulsividad, el riesgo y los intentos de suicidio, las autolesiones, el maltrato infantil, el historial de abusos, los problemas relacionados con el alcohol y/o las drogas y/o el juego

patológico, el expediente judicial y los trastornos de la personalidad” (p. 7) presentaban prevalencias más altas en determinados grupos de riesgo: “los enfermos mentales, los drogodependientes y alcohólicos, los maltratadores, las prostitutas y los ludópatas” (p. 7). Los resultados obtenidos se compararon con un grupo control extraído de la población general. En la medición del riesgo de violencia, los drogodependientes, alcohólicos y maltratadores obtuvieron las puntuaciones más altas.

La violencia y los dos conceptos clave que aparecen en su definición, poder y obediencia, juegan un papel determinante en la génesis, mantenimiento y afirmación de la identidad entre los hombres. La violencia es el modo de asegurarse una posición de superioridad y es ejercida cuando no son posibles otros argumentos o recursos para el mantenimiento del sistema. En esta situación podría entenderse el abuso de drogas, mayoritariamente sedantes entre las mujeres, como estrategia paliativa frente a esta violencia estructural.

La bibliografía señala que de la misma manera que los comportamientos violentos están relacionados y se establecen como factor de riesgo para el consumo de drogas (Stith y Farley, 1993; Orte, 2000), el consumo problemático de drogas favorece la emergencia de situaciones de maltrato, abuso o violencia (Ramos-Lira, 2000), como lo demuestran diversos estudios (El-Bassel, Gilbert, Witte, Wu y Chang, 2011; Miller, Downs y Testa, 1993) que señalan que el padecimiento de violencia física y sexual es mayor entre las mujeres drogodependientes, y que ésta se sitúa en torno al 40% y el 70% en las mujeres en tratamiento por drogodependencia (Gilchrist, Blazquez y Torrens, 2011; Wagner Hudson, Latka, Strathdee, Thiede, Mackesy-Amiti y Garfein, 2009).

La violencia de género (VG) entre las mujeres con consumos de sustancias tiene consecuencias negativas sobre su estado físico, mental y su salud reproductiva. Entre las usuarias de drogas, la VG está asociada a problemas de salud mental (Gilchrist, Blazquez y Torrens, 2012), incluyendo la depresión. Además, la violencia, como se ha venido mostrando, no sólo aumenta o mantiene el abuso de sustancias (McKinney, Caetano, Rodriguez y Okoro, 2010) sino que también hace aumentar el número de enfermedades físicas y, como consecuencia de ello, genera una mayor utilización de los recursos sanitarios (Liebschutz, Mulvey y Samet, 1997).

Las mujeres drogodependientes que padecen violencia, además, pueden mantener relaciones sexuales y prácticas de consumo no seguras como consecuencia de la influencia negativa de la persona que las agrede (Wagner et al., 2009), lo que puede exponerlas a situaciones de mayor riesgo de infecciones y embarazos no deseados (El-Bassel, Gilbert, Witte, Wu y Chang, 2011).

La mayoría de los datos se extraen de estudios transversales, por lo que según Paulina Paz (2003) es difícil determinar si el consumo de drogas antecede a la violencia doméstica o forma parte de la respuesta de afrontamiento ante la misma. Esta autora resume un gran número de investigaciones en las cuales se examina el uso de alcohol y drogas por parte de las mujeres como factor de riesgo para el padecimiento de la violencia doméstica, sin embargo, los resultados son equívocos.

La adicción a drogas sitúa a las personas afectadas en una posición de mayor vulnerabilidad frente a situaciones violentas. Feingold y Capaldi (2014) analizaron la asociación entre la adicción y las experiencias de violencia con la pareja en una muestra de comunidad terapéutica de 146 mujeres participantes en un estudio longitudinal. Los resultados del estudio mostraron que las mujeres con antecedentes de dependencia de las drogas ilegales, pero no de alcohol, cannabis o sedantes, tenían más probabilidad de que también hubieran sido víctimas de violencia perpetrada por la pareja. Entre ellas, las mujeres dependientes de la cocaína tenían aún más probabilidades de

haber sido víctimas de la violencia ejercida por sus parejas masculinas. La violencia psicológica resultó más estable en el tiempo que la violencia de carácter físico.

Weaver et al. (2015) concluyen que el uso de sustancias tiene una correlación alta con la exposición a la violencia de pareja, siendo especialmente reseñable en las mujeres que consumen drogas. Flanagan, Jaquier, Overstreet, Swan y Sullivan (2014) recomienda trabajar con las mujeres que viven situaciones de violencia (física, psicológica y sexual) de manera bidireccional con el consumo de drogas, señalando la importancia de las estrategias de afrontamiento en ambas problemáticas.

Por otro lado, las mujeres como colectivo cada vez tienen mayores prevalencias en el consumo de sustancias y las diferencias cuantitativas con respecto a los varones, en cuanto al volumen de personas implicadas en el uso de drogas, son cada vez menores (Salvador, 2015; Greenfield, Back, Lawson y Brady, 2010; Plan Nacional sobre Drogas, 2015). Sin embargo, como se ha visto únicamente representan un 21%-26% en el acceso a los recursos de urgencias hospitalarios y un 15%-20% en los tratamientos (Plan Nacional sobre Drogas, 2015). Por lo tanto, puede decirse que las mujeres presentan una problemática asociada al consumo de drogas que dificulta su rehabilitación y tratamiento (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Entender esta especificidad, no invisibilizarla y empezar a tratarla implica intentar no perder a más mujeres en la ruta de los tratamientos y atender a sus derechos más elementales.

## SEGUNDA PARTE. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

### CAPITULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. Antecedentes y punto de partida de la investigación

Esta línea de investigación centrada en las características específicas que presentan las mujeres drogodependientes comienza en 2004<sup>11</sup>y, en aquel momento, el objetivo fue conocer el perfil sociodemográfico y los factores asociados a la adicción a sustancias en el colectivo femenino, minoritario en los centros de tratamiento, el cual supuso un acercamiento a las circunstancias de vida que rodeaban a las mujeres que acudían a los mismos por este problema. Los datos se obtuvieron de un cuestionario diseñado ex profeso sobre una muestra de 56 mujeres (82,1% heroinómanas, 14,3% alcohólicas y 3,6% cocainómanas) que ya habían finalizado un tratamiento por drogodependencia o se encontraban en una fase avanzada del mismo. Los resultados señalaron que un porcentaje elevado de las encuestadas procedían de familias numerosas con problemas de abuso o dependencia a sustancias por parte de uno o varios de sus miembros, un abandono precoz de los estudios, relaciones con parejas afectivas también drogodependientes en las que se reproducían patrones de relación familiares, la existencia de experiencias de prostitución, alta natalidad e ingresos en prisión. Los resultados del mismo señalaban también el padecimiento de maltrato o violencia por parte de familiares o personas próximas. Se comprobó que independientemente de la droga de abuso, el 55,4% de la muestra declaró haber sido víctima de maltrato y/o violencia. Con respecto al tipo de experiencia, un tercio de las mujeres señalaron maltrato físico (32,3%), otro tercio maltrato psicológico (32,3%) y en el tercio restante la violencia fue de carácter sexual (35,4%). Con referencia a la edad de esta experiencia, una de cada cinco mujeres (19,4%) señala que estos hechos ocurren antes de los 9 años; una de cada cuatro (25,8%) que las experiencias ocurren entre los 10 y los 16 años y para más de la mitad (54,8%) después de los 17 años. Por tanto, la experiencia de maltrato era una experiencia generalizada y en muchos casos previa al consumo de drogas. Por otra parte, tres de cada cuatro de las mujeres que experimentó estas vivencias a edades tempranas, también las padeció posteriormente por parte de sus parejas.

Unido a lo anterior, y como se vio en la pag. 46 de este documento, en este mismo estudio se vio que a la hora de resolver los conflictos intrapsíquicos y/o relacionales de las mujeres los tratamientos no respondían a las condiciones previas y necesarias para estos abordajes y su posterior resolución. Además, que el abandono de las mujeres a los tratamientos, o mejor dicho, de los tratamientos a las mujeres, produce en ellas recaídas rápidas e intensas con un componente autodestructivo mayor por la incapacidad e impotencia sentida ante un nuevo fracaso personal, que se generaliza a otros aspectos de su vida, acarreado un alto desgaste psicológico y/o físico posterior.

En 2007 otra investigación con mujeres drogodependientes centrada en la necesidad o no de implantar programas específicos de tratamiento para ellas (Arostegui et al., 2008) en el apartado

---

<sup>11</sup>Arostegui, E. y Urbano, A. (2004) La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados. Bilbao. Instituto Deusto de Drogodependencias. Colección Avances en Drogodependencias. ISBN: 84-7485-952-2

relacionado con el historial de la drogodependencia igualmente se comprobó la existencia de maltrato en el 60,2% en las 83 mujeres que componían la muestra, de abusos en el 39,8% y de violación en el 31,3%. Además de estas cuestiones las mujeres mostraban baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, una relación de pareja mediatizada por las drogas y la existencia de hijos-as que dificultaban la permanencia en los tratamientos. Las razones del abandono de los tratamientos coincidían con las aportadas en el estudio anterior.

Dos fueron los interrogantes en aquel momento ¿por qué esta alta prevalencia de violencia en las historias de estas mujeres?, ¿por qué abandonan los tratamientos?, ¿por qué aportan estas razones como causas de abandono y por qué se produce en estas circunstancias concretas?

En 2008 se realizó un trabajo introductorio a esta problemática específica de drogodependencia y violencia (Urbano, 2008). Los resultados iniciales ofrecidos en este trabajo realizado con una muestra de cinco hombres y cinco mujeres dan cuenta de una realidad vivencial en la que se corroboran las experiencias de violencia y maltrato antes y durante la adicción a sustancias y durante el periodo de rehabilitación para ambos colectivos. La valoración novedosa y de interés de los resultados extraídos, planteaba la necesidad de ampliar la muestra de estudio y poder extrapolar los datos al conjunto de la población drogodependiente. En 2011 se amplía la muestra de este primer estudio piloto a 227 personas (129 hombres y 98 mujeres). Esta investigación se enmarcó como proyecto y desarrollo de las actividades encaminadas a la realización del trabajo actual<sup>12</sup>.

Así pues, a raíz de los resultados precedentes y siguiendo con estos interrogantes, es necesario no sólo conocer mejor al colectivo de personas drogodependientes que acuden a programas de tratamiento para paliar sus problemas por el abuso de sustancias, sino también y sobre todo, para ofrecer un tratamiento más ajustado a las necesidades reales que estas personas presentan, sobre todo cuando aparecen simultánea y convergentemente estas dos problemáticas, tanto en hombres como en mujeres.

Diversos modelos, explicitados en la fundamentación teórica, han definido las relaciones entre consumo de drogas y violencia. Aunque existen pocos estudios que profundicen en las percepciones de los hombres y mujeres drogodependientes sobre las experiencias de violencia padecida o ejercida en relación a su problemática de abuso de sustancias o drogodependencia, numerosos estudios de género se han centrado en señalar las características de estas experiencias en el colectivo femenino y en el análisis o lecturas de género que las mismas sugieren o despiertan. Y es que como señala Hedrich (2000), cuando el personal sanitario se hace sensible a estas cuestiones, se comienza a reivindicar enfoques diferenciados y alternativas específicas para las mujeres en comparación con las ofrecidas a los hombres, mayoritarios en los tratamientos.

Mason y O'Rinn, (2014) hallan que el 50% de las mujeres en tratamiento por consumo de sustancias refieren haber sufrido situaciones de violencia en el marco de relaciones de pareja y exponen que los servicios de tratamiento a estas mujeres deben desarrollar una mejor colaboración, coordinación e integración.

También Simonelli, Pasquali y Palo (2014) al definir como círculo vicioso las dinámicas que presentan los contextos de consumo de drogas con las experiencias de violencia, señalan la importancia de introducir la perspectiva de género en los tratamientos.

---

<sup>12</sup> Investigación subvencionada por el Gobierno Vasco en el marco de las ayudas Gestión del Conocimiento. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, año 2011.

Por su parte, Macy, Renz, y Pelino (2013), muestran en sus estudios la conexión entre estas dos cuestiones y concluyen también que las mujeres drogodependientes que ha sufrido violencia no reciben la atención necesaria en los tratamientos.

Se puede decir que en la práctica clínica se observa falta de adherencia al tratamiento y un elevado número de recaídas entre las personas drogodependientes en general y entre el colectivo de mujeres en particular y que es necesario responder específicamente a las necesidades terapéuticas que requiere la población que sufre esta problemática conjunta mediante un conocimiento más profundo de las implicaciones, causas, consecuencias que la misma tiene, tanto para los hombres como para las mujeres.

Cuando aparece la doble problemática, personas drogodependientes que han padecido violencia, inicialmente el tratamiento es paliar los síntomas físicos, psicológicos y mentales de la drogodependencia. Sin embargo, las dificultades de diagnóstico, las resistencias de los usuarios y usuarias a hablar de ellas o a reconocerlas en su propia historia, la falta generalizada de screening específicos, etc. hace que la violencia padecida en esta población pase o pueda pasar desapercibida dentro del contexto terapéutico.

Además de lo anterior, también podemos decir que las mujeres drogodependientes en tratamiento están en una situación de desamparo y vulnerabilidad psicológica mayor que los hombres por cuatro razones:

1. Por ser mujeres, lo que implica en general una dificultad para el reconocimiento de sus verdaderas necesidades y una marcada sobreexigencia hacia el cubrimiento de las de los demás,
2. Por ser mujeres drogodependientes, lo que conlleva una auto percepción, autoimagen y autoestima más devaluada y mayor estigma social, ya que la enfermedad supone una ruptura de los roles socialmente impuestos,
3. Por ser mujeres drogodependientes en tratamientos mayoritariamente masculinos, lo que significa además, que sus dificultades y problemas se diluyen entre los de la mayoría masculina, mostrar más problemas de relación por el desconocimiento de cómo poder vincularse a los y las demás sin perderse, sin fagocitar o ser fagocitadas,
4. Por ser mujeres drogodependientes en tratamientos mayoritariamente masculinos y ser objeto de situaciones de violencia en mayor proporción que los hombres, lo que se traduce, además de todo lo dicho, en un agravamiento de los síntomas, concurrencia de la drogodependencia con otros trastornos mentales y que se requiere, por tanto, una mejor evaluación y un diagnóstico más ajustado a estas realidades, junto a programas específicos para tratar conjuntamente ambas problemáticas.

Es por esto que paralelamente a la necesidad de mostrar, conocer y profundizar en las experiencias vividas de violencia, si las hubiera, de ambos colectivos, también es necesario analizar las posibles diferencias de estas experiencias existentes entre los sexos y extraer las conclusiones que los datos, con su lectura, puedan aportar.

## 4.2. Objetivos

Se plantea un estudio general con varios niveles de investigación en función de los objetivos propuestos, en última instancia, para el conocimiento y abordaje de la carencia formativa y asistencial actual en relación a la confluencia de la doble problemática que presenta la población drogodependiente en tratamiento: la drogodependencia y la violencia padecida y ejercida.

El propósito de esta investigación es:

1. Ampliar el conocimiento de las experiencias de violencia que hombres y mujeres en tratamiento por drogodependencia han experimentado en algún momento de su ciclo vital, lo que permitirá mejorar el diagnóstico, tratamiento y reinserción de personas drogodependientes víctimas de violencia y/o maltrato.
2. Conocer la relación entre el tipo y el grado de violencia experimentada y ejercida y el curso o evolución de la drogodependencia que se presenta en estas personas.
3. Analizar las posibles diferencias existentes por sexos, como primera lectura obligada para posteriormente realizar una lectura de género con lo que estas diferencias puedan señalar.

Otros objetivos planteados en este estudio son los siguientes:

1. Describir la población drogodependiente en tratamiento y estimar la prevalencia de experiencias de violencia en esta población.
2. Determinar el tipo y el grado de violencia en población drogodependiente en tratamiento y describir y comparar los perfiles de las mujeres y hombres drogodependientes que han experimentado violencia.
3. Comprobar la posible relación existente entre haber presenciado violencia en la infancia y determinadas circunstancias como son: la evolución de la drogodependencia, la existencia de miembros familiares con problemas de drogodependencia, experiencias de violencia posteriores, participación activa en violencia y el nivel de autoestima.
4. Analizar las posibles diferencias entre los sexos desde la perspectiva de género y establecer propuestas de cambio en los protocolos de intervención y en el recorrido general de los programas incluyendo la evaluación real de las circunstancias de vida del colectivo drogodependiente para mejorar la asistencia a la calidad de vida de los y las usuarias.

### 4.3. Hipótesis generales

Hipótesis 1. Existe una alta prevalencia de personas drogodependientes que han experimentado violencia en diferentes momentos vitales: antes de la drogodependencia, durante la drogodependencia y durante el-los tratamientos.

Hipótesis 2. Existen diferencias de género en el curso de la drogodependencia y en las experiencias de violencia padecida y ejercida. Más mujeres que hombres drogodependientes declaran haber experimentado Maltrato/Violencia Técnica y Declarada de tipo psicológico, económico, sexual, estructural y moral por parte de padre, madre, hermanos-as, hijos-as, pareja y otras personas antes y durante la drogodependencia y durante el tratamiento.

Hipótesis 3. La Presencia de Violencia en la infancia es una variable relevante para la drogodependencia y para otras experiencias de violencia posteriores.

Hipótesis 4. Las mujeres muestran peor curso de la enfermedad, una autoestima más baja y sufren más violencia de todos los tipos que los hombres.

Hipótesis 5. Es posible evidenciar la relación de causa y efecto entre determinadas variables con el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

### 4.4. Cuestionario

El instrumento utilizado para la recogida de la información que ha servido de base para cada uno de los estudios es un cuestionario estructurado con una parte cuantitativa y otra cualitativa. Consta de 90 preguntas y se divide en seis áreas:

1. Preguntas sociodemográficas: sexo, edad, nacionalidad, etnia, situación laboral, últimos estudios realizados, estado civil, convivencia, lugar de residencia, lugar de procedencia propia y familiar, existencia de hijos-as, edad, quién los-as cuida, quién es el/la cabeza de familia y persona que aporta mayores ingresos al hogar, existencia y nivel de ingresos propios, existencia de pareja, relaciones de la misma con las drogas y definición de la relación (con o sin tensiones, con o sin dificultades en la misma).
2. Experiencia propia y familiar con las drogas: edad de contacto, edad de inicio con la sustancia que le lleva a tratamiento, frecuencia de consumo, existencia de drogodependencias en miembros de la familia, qué miembro y qué sustancia o sustancias.
3. Violencia durante el consumo o la drogodependencia, existencia de Maltrato Técnico y/o Maltrato Declarado (definidos más adelante) y frecuencia, personas que lo ejercieron, descripción de la experiencia, existencia de posibles razones que explican este comportamiento.
4. Violencia antes de la drogodependencia: existencia de Maltrato Técnico y/o Declarado y frecuencia, persona-s que lo ejercieron, descripción de la experiencia, existencia de posibles razones que explican el comportamiento de la persona que ha maltratado, existencia de violencia familiar en la infancia, quién la ejerció y frecuencia.

5. Existencia de tratamientos anteriores y tipo, tratamiento actual, tipo y tiempo en el mismo, razones de la finalización de los anteriores, si los hubo, existencia de Maltrato Declarado durante el periodo de tratamiento, persona-s que lo ejercieron, descripción de la experiencia, existencia de posibles razones que explican este comportamiento, existencia de problemas para acudir al tratamiento, razones que han llevado al mismo.
6. Existencia o no de situaciones o circunstancias difíciles y problemáticas antes de la drogodependencia y/o durante la misma, situación orgánica, existencia de experiencias de violencia durante ingresos en prisión, en el caso de haberlos, en el ejercicio de la prostitución o como demandante de estos servicios (en su caso), existencia o no de ejercicio de violencia en algún momento su vida, a quién y frecuencia, existencia de diferencias en la percepción social sobre la drogodependencia en hombres y mujeres, vivencia de estigmatización, nivel de autoestima, existencia de personas en las que confiar, descripción de una situación de violencia, conocimiento de algún centro para personas maltratadas, sentimientos relacionados con el consumo.

Para la elaboración del mismo, además de preguntas *ad hoc*, se han seleccionado y/o adaptado ítems de los siguientes instrumentos:

1. Adaptación de los ítems 8a, 8b, 9, 10, 20, 22, 22b, 23 y 30 del Cuestionario III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres (III Macroencuesta sobre la Violencia contra las mujeres)<sup>13</sup>.
2. Adaptación de los ítems 12, 13, 14, 16, 17,18 y 30 del utilizado en el estudio *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?* (Pantoja, 2007).
3. Adaptación del ítem 62 del cuestionario utilizado en el estudio *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados* (Urbano y Arostegi, 2004).
4. La versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool (WAST) validada para su uso en atención primaria (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez y Hernández-Torres, 2008).

El **Maltrato Técnico**<sup>14</sup> se refiere a cuando las personas, aunque no se consideren a sí mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos considerados como indicativos de cierto grado de violencia según la definición del Consejo de Europa, el cual distingue diversos tipos de violencia: *Violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, violencia económica, violencia estructural y violencia espiritual o moral* (definidas en la primera parte de este estudio). Basándose en estas informaciones se escogieron trece frases (Tabla 18), que agrupan y definen los tipos de violencia propuestos.

---

<sup>13</sup> Definición de la III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres. Sigma Dos, S.A. Instituto de la Mujer. Abril de 2006.

<sup>14</sup> Definición recogida de la referencia anteriormente especificada.

**Tabla 18. Formas de maltrato**

<b>Psicológico</b>
1. Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos-as, vecinos-as
3. Le ha amenazado o ha insultado
7. En ciertas ocasiones le ha producido miedo
9. Le dice que no es capaz de hacer nada sin él o ella
10. Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe
12. No valora el trabajo que realiza
13. Delante de sus hijos-as dice cosas para no dejarle en buen lugar
<b>Económico</b>
2. Le ha quitado el dinero que otros ganan o no ha dado lo suficiente que se necesita
<b>Estructural</b>
5. Decide las cosas que se puede o no puede hacer
6. No tiene en cuenta las necesidades de Vd.
<b>Sexual</b>
4. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que usted no tiene ganas
<b>Físico</b>
8. Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear
<b>Espiritual o moral</b>
11. Ironiza o no valora sus creencias o sus sentimientos (ir a la Iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización)

Fuente: III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres

Las personas participantes han sufrido **Maltrato Declarado** si se autclasifican como maltratadas.

**Tabla 19. Definiciones de Maltrato**

<b>Maltrato Técnico</b>
Mujeres y/o hombres que aunque no se consideren a sí mismas como personas maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicativos de cierto grado de violencia <sup>15</sup> , clasificados en violencia física, sexual, psicológica, económica, estructural y espiritual o moral
<b>Maltrato Declarado</b>
Mujeres y/o hombres que confiesan haber sido maltratadas-os, es decir, se autclasifican como tales.

Fuente: III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres

Para conocer si las personas han sufrido Maltrato Técnico, se pide marcar las experiencias (en el caso de haber ocurrido) que definen cada uno de los tipos de violencia (las 13 frases). De esta forma, además del conocimiento de la existencia (o no) de este tipo de maltrato, se reconoce el tipo del mismo (psicológico, económico, estructural, sexual, físico o espiritual o moral).

Una vez diseñada esta herramienta se procedió a comprobar el ajuste de la misma y su pertinencia de cara a la consecución de los objetivos, para lo cual se realizó una prueba piloto a diez usuarios

<sup>15</sup>Definiciones de los distintos tipos de violencia que realiza el Consejo de Europa (Tabla 18).

y usuarias de un recurso de atención a drogodependientes<sup>16</sup>, en concreto a cinco hombres y cinco mujeres. Tras la pasación del cuestionario piloto éste se revisó y se procedió a su ajuste.

El cuestionario fue traducido al euskera y una vez codificado se procedió a la elaboración de la base de datos en el programa estadístico SPSS 19.1, tanto para los datos cuantitativos como para los cualitativos.

#### **4.5. Universo y muestra**

El universo se compone por personas drogodependientes, hombres y mujeres mayores de edad en tratamiento (o de reciente finalización) por consumo de sustancias psicoactivas en centros públicos y concertados de la CAPV y Comunidades Autónomas limítrofes y prioritariamente mayores de 30 años, por considerar que a partir de esta edad es cuando las consecuencias y la influencia de experiencias de violencia o maltrato pueden ser visibles o manifiestas de forma más consciente.

El acercamiento a este universo se realizó mediante la selección de centros de la red pública y concertados de atención a drogodependientes. Tras la selección de las instituciones que podrían facilitar la pasación del cuestionario (centros de día, residenciales, ambulatorios que trabajan con grupos, asociaciones), se inició el contacto con los diversos centros asistenciales, instituciones públicas y concertadas de atención específica de las drogodependencias, ofreciendo información relativa a los objetivos de la investigación. Un contacto posterior permitió conocer la disponibilidad a participar en el estudio, con respuesta favorable por parte de todas las instituciones a las que se les solicitó colaboración.

La muestra de estudio estuvo compuesta por 227 personas, 129 hombres y 98 mujeres, que asistían a tratamiento (ambulatorio, comunidad terapéutica, centro de día o asociación de alcohólicos-as) o que habían finalizado el mismo y que libremente decidieron participar en el estudio.

En un primer momento se consideró que obtener una muestra integrada por 100 personas de cada sexo no entrañaba dificultad alguna, aunque al establecer contacto con las personas participantes el número de hombres era muy superior al de las mujeres, por lo que el reclutamiento de una muestra equitativa por sexos supuso retrasos respecto al tiempo de inicio de la investigación por la ampliación del campo muestral a comunidades limítrofes a la CAPV.

#### **4.6. Recogida de datos**

En general, las mujeres en tratamiento por consumo de sustancias representan entre un 15%-25% del total de personas atendidas. La población femenina en tratamiento residente en la CAPV resultó insuficiente, por lo que con el objetivo de conseguir una representatividad suficiente para la consecución de los objetivos, el equipo investigador solicitó a la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco<sup>17</sup> una ampliación del campo territorial de estudio a las Comunidades Autónomas limítrofes a la CAPV (Navarra, Rioja, Cantabria, Burgos y Asturias). Los centros participantes y las personas participantes por cada uno de los territorios fueron los siguientes (Tabla 20):

---

<sup>16</sup> La Comunidad Terapéutica de la Red de salud mental pública vasca-Osakidetza,

<sup>17</sup> Entidad que subvencionaba el estudio

**Tabla 20. Centros participantes en el estudio.**

Centro	Frecuencia	Porcentaje
Fundación Izan. Acogida, CT y Reinserción. Gipuzkoa	51	20,6
Osakidetza-CT Manuene CT. Bizkaia	29	11,7
Osakidetza-Centro Día. Alava	23	9,3
Fundación Gizakia. Centro día y CT. Bizkaia	20	8,0
Funadación Etorkintza. Bizkaia	18	7,2
Fundación Jeiki. Alava	16	6,4
Proyecto Hombre Asturias	12	4,8
Alcohólicos Rehabilitados 'La Cruz de Oro'. Bizkaia	8	3,2
Fundación Haize Gain. Gipuzkoa	8	3,2
Auzolan. Bizkaia	7	2,8
Proyecto Hombre Cantabria	7	2,8
ARBU Alcohólicos Rehabilitados. Burgos	7	2,8
ACOAD. Centro de Día Zuria. Navarra	7	2,8
Proyecto Hombre Navarra	6	2,4
Asociación Ibarre. Navarra	6	2,4
Centro de rehabilitación Pontejos. Cantabria	5	2,0
Proyecto Hombre La Rioja	5	2,0
Asociación Antox Larrinoa. Navarra	4	1,6
Osakidetza-CSM. Ajuriaguerra. Bizkaia	3	1,2
Proyecto Hombre CT El Priorato. Burgos	3	1,2
Alcohólicos Rehabilitados Santutxu. Bizkaia	2	0,8
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>

Los centros solicitaron la colaboración a los-as usuarias y en día y hora acordados se citó al equipo encuestador y a los-as participantes. Por razones de eficacia, comodidad o prontitud una minoría de centros optaron ellos mismos por la pasación del cuestionario. El cuestionario fue diseñado para ser respondido en un máximo de 60 minutos. Se cumplimentaron 247 cuestionarios, eliminándose 22 por ofrecer datos confusos, insuficiente información, etc.

El cuestionario ha intentado reunir y definir de la forma más sencilla y clara la información que solicita, información en cualquier caso, con fuerte componente emocional, con el propósito de aportar conocimiento sobre la realidad de las personas con problemas de adicción que hayan padecido y/o ejercido experiencias de maltrato o violencia. Las encuestadoras han comunicado previamente a las personas participantes la complejidad de algunas preguntas y los efectos de recordar ciertas vivencias y experiencias difíciles.

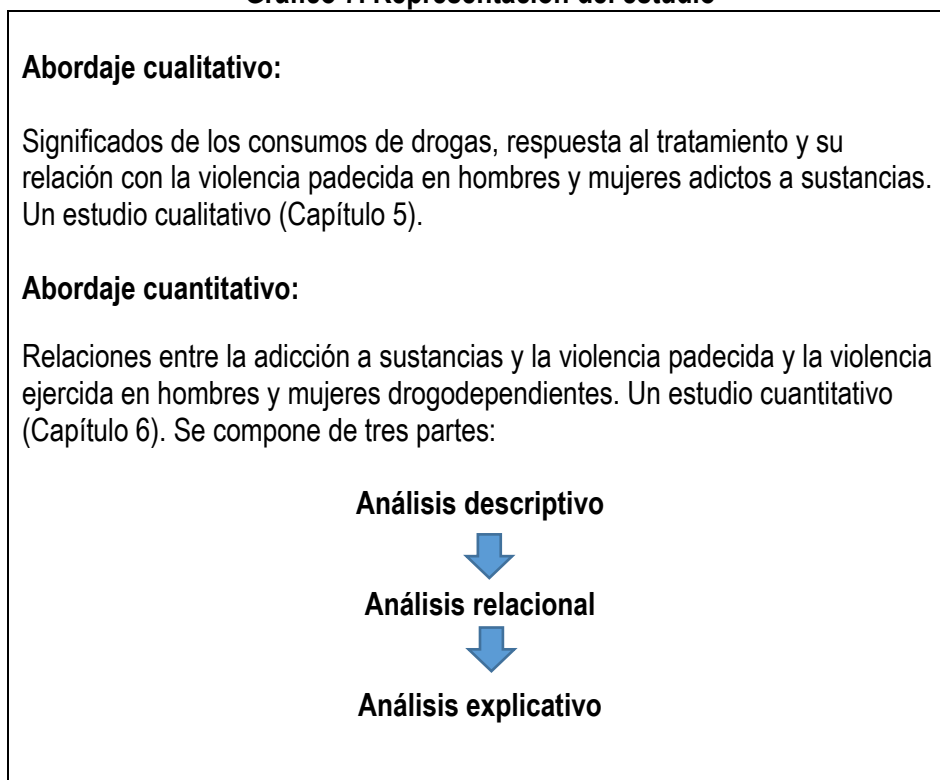
#### 4.7. Método

Esta es una investigación con diseño descriptivo, observacional (con control del sesgo de medición), prospectivo (en cuanto a la recogida controlada de datos ex profeso para la investigación), transversal (una única medición de las variables del estudio) y analítico (respecto a las variables de interés, estudio multivariante). Para la consecución de los objetivos y verificación de hipótesis se han planteado técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida y tratamiento de la información.

La investigación se propuso desde dos abordajes: uno cualitativo y otro cuantitativo. Cada uno presenta objetivos y metodología distintos dentro de una misma línea de investigación y la suma de ambos pretende complementarse y aportar más que su visión exclusiva:

1. Abordaje **cualitativo**: Significados de los consumos de drogas, respuestas al tratamiento y su relación con la violencia experimentada en hombres y mujeres drogodependientes.
2. Abordaje **cuantitativo**: **1. descriptivo**, sobre los factores sociodemográficos y características diferenciales del consumo de sustancias en hombres y mujeres en tratamiento por adicción, **2. relacional**, entre la adicción a sustancias y la violencia (técnica y declarada) experimentada y la violencia ejercida por hombres y mujeres drogodependientes y **3. explicativo**, del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

**Gráfico 7. Representación del estudio**



#### **4.8. Análisis de los datos**

Cada uno de los abordajes requiere un análisis de los datos en función de los objetivos propuestos y delimitados *ad hoc*. Se describe a continuación la metodología que cada aproximación presenta.

##### **4.8.1. Metodología del abordaje cualitativo**

La investigación cualitativa ofrece la oportunidad de conocer en profundidad y en toda su diversidad las experiencias y el conocimiento de las mujeres y los hombres. Nos permite comprender el mundo con los ojos de sus protagonistas. Además del reconocimiento a sus circunstancias, permite empoderarlas y reconocerlas como 'expertas en sus propias vidas'

(Ironstone-Catterall, McDonough, Robertson, Payne, Rahder, Shaver y Wakewich, 1998; García y Marcos 2011).

La metodología cualitativa utilizada se enmarca dentro del modelo interpretativo-constructivista, puesto que los objetivos en este primer estudio se dirigen a la exploración de las experiencias de violencia en la población drogodependiente y a los procesos explicativos que se puedan ofrecer de tales experiencias y que surgen de esta exploración. El paradigma fenomenológico, en este sentido, intenta explicar un determinado hecho por medio de la experiencia que aportan las personas que lo han vivido (Pisano y Fernández, 2015).

Este primer estudio cualitativo se sirve, como se ha indicado anteriormente, de las preguntas abiertas narrativas planteadas en el cuestionario. Las respuestas ofrecidas han permitido obtener una variedad de contenidos amplia, con desarrollos narrativos libres y más detallados que los ofrecidos por preguntas cerradas (Couper, Kennedy, Conrad, y Tourangeau, 2011). También han ofrecido significados propios y personales al análisis de las experiencias de las personas protagonistas, de los casos individuales más comunes y de los casos complejos (Morse y Richards, 2002; Álvarez-Gayou, 2003).

La combinación de metodología cualitativa, en esta primera parte de la investigación, y cuantitativa (aplicada al siguiente estudio), ha aportado diversos puntos de enfoque y referencia dentro de la misma línea de investigación y ha servido para aumentar la claridad y rigor del análisis. La aproximación exploratoria y explicativa de esta primera parte, matiza, amplía y completa la segunda, al ayudar a determinar quién, cómo, cuándo y por qué se han producido las experiencias de violencia y a ampliar nuevas vías de análisis en relación o no con la existencia de estas circunstancias.

Desde el paradigma fenomenológico, las preguntas abiertas han pretendido comprender el significado que la experiencia vivida tiene para la persona (Alvarez-Gayou, 2003). Desde este abordaje se ha intentado explicar, traducir y deducir lo expresado.

La persona responsable del trabajo de campo era alguien desconocido para los y las participantes. Las preguntas abiertas del cuestionario han permitido por tanto una recogida de la información anónima y libre, buscando a efectos del estudio la mayor sinceridad y apertura posibles. Con las preguntas abiertas, sin categorías de respuestas preestablecidas (Ruiz, 2012), se ha buscado el proceso de reflexión personal, favorecer la introspección y la libertad de respuesta. De alguna forma, completar este cuestionario supone para las personas encuestadas una intromisión en su vida más personal e íntima: forzar a recordar experiencias difíciles, dolorosas. Recordar, hablar, describir o detallar experiencias de violencia o maltrato, generalmente despierta o reproduce emociones asociadas a propias vivencias, con más o menos intensidad en función del proceso de aceptación y reparación terapéutica posteriormente realizada. Este hecho, por tanto, afecta a la hora de intentar responder con claridad y sinceridad a las cuestiones que requieren este tipo de respuestas (Susinos y Parrilla, 2016; Simón-Lorda y Barrio-Cantalejo, 2006). Por otra parte, el cuestionario, como método de recogida de información, ha permitido llegar a un mayor número de personas y la obtención de un mayor número de aportaciones.

Los contenidos recogidos en estas preguntas abiertas se consideran evocaciones de las experiencias vividas en el pasado. En este sentido, este tipo de preguntas insertadas dentro del cuestionario, intentaban preparar un tiempo y espacio propios para facilitar las 'difíciles' respuestas y potenciar las condiciones subjetivas más favorables. Los cuestionarios en el marco de esta investigación están completados por los y las participantes en un determinado momento de su 'tempo' psicológico, por lo que los datos o información recogida son una fotografía recordada de

las circunstancias o experiencias por las que se pregunta, con más o menos claridad e intensidad en función del trabajo terapéutico realizado.

Se analizarán las narrativas de los temas relacionados con las razones que hombres y mujeres han aportado como argumento para iniciarse en el consumo de sustancias y las razones que han aducido para iniciar el tratamiento y la relación de ello con las experiencias de violencia vividas. Estas cuestiones han permitido traducir y definir algunas dimensiones más para su estudio en el análisis cuantitativo.

Todas las respuestas han sido analizadas por sexo y se ha intentado introducir la perspectiva de género como categoría analítica (Scott, 1986; Lagarde, 1996; Esteban, 2003). Las preguntas se pueden concretar en las siguientes dimensiones de análisis (Tabla 21):

**Tabla 21. Dimensiones del análisis cualitativo**

1. Razones o motivaciones para el consumo de drogas en hombres y mujeres y su relación con la violencia vivida (objetivo 1).
2. Razones o motivaciones para iniciar un tratamiento, expectativas hacia el mismo y su relación con la violencia vivida (objetivos 2, 3 y 4).
3. Experiencias vividas de violencia y/o maltrato y su relación temporal con el consumo de drogas y la drogodependencia (objetivo 5).
4. Sentimientos asociados en mayor medida a la etapa de consumo y posible relación con experiencias de violencia vividas (objetivo 6).

Para el análisis de los contenidos se utilizó el programa Weft QDA y programas de tratamiento de texto (Excel y Word, Microsoft office 2013). La suma de respuestas ofrecidas a cada pregunta se dividió por sexos, posteriormente se seleccionaron las categorías que recogían mayor número de aportaciones con similar *estructura profunda* (según la propuesta de Chomsky, citado por Catalán, 2010) y se ordenaron las categorías en relación con el número aportado de respuestas, de mayor a menor.

El contenido del análisis se presenta con los ejemplos más relevantes extraídos de estas respuestas, las que mejor ilustran las categorías seleccionadas. Se consideró plasmar las respuestas aportadas en los cuestionarios tal y como fueron narradas, ya que en su conjunto, resumían muy bien una idea, o ideas, pensamientos, sentimientos, comportamientos. Se ha optado igualmente por no dividir estas respuestas, sino recoger la totalidad de la misma y nombrar la categoría como 'suma de...', en aras a mantener la integridad narrativa.

Otra cuestión de cara al análisis es que no se ha considerado en las dimensiones de estudio el tipo de droga o drogas consumidas. Aunque puede resultar de interés considerar la relación de cada dimensión de estudio con los efectos del consumo de las diversas drogas sobre el SNC, las variables de estudio son la drogodependencia y la violencia y el análisis de la relación entre ellas por sexo.

El orden que se propone para su presentación es el siguiente: después de una introducción sobre el *por qué* de las preguntas y el *cómo* se hicieron dentro del cuestionario, se presentará el *qué* responden los y las participantes. Cada una de las partes en que se divide la presentación de este

estudio corresponde a un objetivo definido en el punto 5.1 (p. 99). En cada parte, el orden expuesto sigue el obtenido por la suma del mayor número de narraciones aportadas con similar estructura profunda. Al final de cada objetivo se presenta un resumen conclusivo de lo más relevante extraído de las respuestas ofrecidas y presentado en forma de Tabla para facilitar su lectura.

Para una visualización de las preguntas dentro de la estructura del Cuestionario, se remite al mismo incluido de manera íntegra en el Anexo 1.

#### **4.8.2. Metodología del abordaje cuantitativo**

El abordaje cuantitativo de esta investigación, entre otras cuestiones, compara por sexos las diferencias de las variables principales estudiadas (drogodependencia y violencia). Ambas son respuestas individuales desadaptadas dentro de contextos socioculturales concretos, cuya explicación viene caracterizada por relaciones multilaterales, y que tienen su origen en un complejo momento personal y contexto histórico y social que no se explica con simples factores unicastales (FARAPI, 2007).

Para la **parte descriptiva** se realizó una caracterización de la muestra según las variables sociodemográficas por medio de frecuencias absolutas y relativas con porcentajes relativos. Además de presentar los descriptivos de frecuencias, medias y desviaciones típicas se utilizó una prueba de contraste con el estadístico Chi cuadrado con un nivel de significación del 5% aplicado a las proporciones, según el tipo de variable y el comportamiento de los datos.

Las variables descriptivas de estudio se muestran en el siguiente cuadro de operacionalización de variables, junto a los indicadores y valores finales de cada indicador.

**Tabla 22. Cuadro de variables. Nivel descriptivo**

VARIABLE DE ESTUDIO: Población drogodependiente en tratamiento				
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN:		INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres de Menos de 30 años, De 30 a 40, De 41 a 50, Más de 50	Nominal y ordinal
	ETNIA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres de etnia caucásica, gitana, árabe y otras	Nominal politómica
	NACIONALIDAD	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres de nacionalidad española, sudamericana, de Europa del Este, magrebí, otras	Nominal politómica
	SITUACIÓN LABORAL	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres Activo-a, cuenta propia, Activo-a, en la Administración, Activo-a, empresa privada fijo, Activo-a, empresa privada eventual, Parado-a con subsidio, Parado-a sin subsidio, Estudiante, Amo-a de cada, Jubilado-a, incapacitado-a, pensionista, Otras	Nominal politómica y ordinal
	SITUACIÓN DE BAJA LABORAL	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres de baja laboral	Nominal dicotómica
	ESTUDIOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres Lee y escribe, Estudios Primarios, Estudios Secundarios, Estudios Universitarios	Nominal politómica y ordinal
	ESTADO CIVIL	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres Soltero-a, Casado-a, Pareja de hecho, Separado-a, Divorciado-a, Viudo-a	Nominal politómica
	CONVIVENCIA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres Con familia de origen, Con nueva familia, Con otros-as u otras formas	Nominal politómica
	CONVIVENCIA (respuesta múltiple)	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que conviven con Padre, Madre, Hermanos, Pareja, Hijos/as, Sólo/a, Amigos/as, Otros familiares, En institución, No vivienda fija	Nominal politómica
	PERSONAS QUE CONVIVEN	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres	Nominal politómica
	DÓNDE VIVE	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que viven en Bizkaia, Gipuzkoa, Alava, Cantabria, Navarra, La Rioja, Burgos, Asturias	Nominal politómica
	NACIMIENTO DEL PADRE, MADRE, DEL PARTICIPANTE	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han nacido Donde vive, En otro lugar del estado, Fuera del estado español	Nominal politómica
	ORIGEN DE LA FAMILIA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres con familia: Autóctona (del lugar de residencia), Mixta (padre-madre distinto origen), Padre y madre nacidos fuera, usuario en lugar de residencia, Todos-as nacidos-as fuera lugar residencia	Nominal politómica
	TIENE HIJOS-AS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que tiene hijos y cuántos	Nominal dicotómica y de razón
	QUIEN CUIDA A LOS HIJOS-AS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres No tengo hijos-as, Están con Vd., Están con su padre-madre, Están con los abuelos, En institución, Otros	Nominal politómica
	QUIÉN ES EL-LA CABEZA DE LA FAMILIA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que el cabeza de familia es Vd. Mismo-a, Su pareja, Su pareja y Vd., Su padre Su madre, Su hermano-a, Otros	Nominal politómica
	TIENE PERSONAS DEPENDIENTES A SU CARGO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que tienen personas drogodependientes a su cargo	Nominal dicotómica y de razón
	QUIÉN APORTA LOS MAYORES INGRESOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que quién aporta los mayores ingresos es: Vd.-su pareja por igual, Su pareja, Alguien de mi familia de origen, Otros	Nominal politómica
NIVEL DE INGRESOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara No tengo ingresos, Menos de 500 euros, De 500 a 1000, De 1.000 a 1.500 euros, De 1.500 a 2.000 euros, De 2.000 a 2.500 euros, Más de 2.500	De razón	
RELACIÓN CON LAS DROGAS	EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que la edad de inicio en el consumo de drogas ha sido con Menos de 10 años, De los 10 a los 13, De los 14 a los 17, De los 18 a los 25, De los 26 a los 36, Más de 37 años	De Razón
	SUSTANCIAS CON LAS QUE HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta múltiple)	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que han tenido problemas con Alcohol, Benzodiacepinas, Opiáceos/heroína, Cannabis, Cocaína, Speed/anfetaminas, Drogas de síntesis, Alucinógenos, Tabaco, Otras	Nominal politómica
	SUSTANCIAS POR EFECTOS SOBRE SNC	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que consumen sustancias Depresoras, Estimulantes, Perturbadoras	Nominal politómica
	SUSTANCIAS POR ACEPTACIÓN DEL CONSUMO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que han consumido sustancias Legales, Legales sin tabaco, Ilegales	Nomina politómica

	CUÁNTO CONSUMÍA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que dicen haber consumido Todos los días, 4 – 6 días a la semana, 2 – 3 días a la semana, 1 día o menos a la semana	Ordinal
	SITUACIÓN ORGÁNICA (respuesta múltiple)	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que declaran Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH (+), SIDA, Enfermedades de transmisión Sexual, Infección tuberculosa, Asma, Bulimia, Anorexia	Nominal politómica
RELACIÓN DE LA FAMILIA CON LAS	¿ALGÚN FAMILIAR HA TENIDO/TIENE DROGODEPENDENCIA?	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que señalan tener algún familiar con problemas de drogodependencia	Nominal dicotómica
	PADRE, MADRE, HERMANOS, PAREJA, HIJOS-AS, OTROS FAMILIARES CON PROBLEMAS DE...	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que señalan tener padre, madre, hermanos, pareja, hijos-as, otros familiares con problemas de consumo de Alcohol, Benzodicepinas, Opiáceos/heroina, Cannabis, Cocaína, Speed/anfetaminas, Drogas de síntesis, Alucinógenos, Tabaco, Otras	Nominal politómica
RELACIÓN DE PAREJA	TIENE PAREJA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara tiene pareja	Nominal dicotómica
	TIEMPO QUE LLEVA EN PAREJA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara llevar Menos de un años, De 1 a 5 años, De 6 a 10 años, Más de 10 años con la pareja	Nominal dicotómica y ordinal
	LE APOYA SU PAREJA EN EL TRATAMIENTO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara que su pareja le apoya en el tratamiento	Nominal dicotómica
	TIENE SU PAREJA RELACIÓN CON LAS DROGAS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara que su pareja tiene problemas con las drogas y de qué tipo es esta relación	Nominal dicotómica y nominal politómica
	CÓMO DEFINE SU RELACIÓN DE PAREJA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que Con mucha tensión, Con alguna tensión, Sin tensión	Nominal y ordinal
	RESUELVEN LAS TENSIONES CON...	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara resolver tensiones con Mucha dificultad, Alguna dificultad, Sin dificultad	Nominal politómica y ordinal
	HA TENIDO PAREJA DIFERENTE A LA ACTUAL EN EL ÚLTIMO AÑO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declara haber tenido pareja diferente a la actual en el último año y cuántas relaciones han sido	Nominal dicotómica y de razón
	SUS PAREJAS ANTERIORES, ¿HAN TENIDO PROBLEMAS CON DROGAS?	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han comentado que sus parejas: Algunas sí, otras no, Todas han tenido problemas, Ninguna ha tenido problemas	
CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO	ES ÉSTE SU PRIMER TRATAMIENTO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que dice que éste es su primer tratamiento	Nominal dicotómica
	CUÁNTOS MESES LLEVA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que dicen llevar en tratamiento Menos de 1 mes, De 1 a 3 meses, De 4 a 7 meses, De 8 a 12 meses, De 1 a 2 años, Más de 2 años	De razón
	MODALIDAD DE TRATAMIENTO ACTUAL	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que estar en Ambulatorio, Comunidad terapéutica, Centro de día, Asociación de Alcohólicos	Nominal politómica
	SI NO ES EL PRIMERO, ¿CUÁNTOS HA HABIDO CON ANTERIORIDAD?	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declaran haber estado en 0,1,2,3,4 o más tratamientos	De razón
	QUÉ TIPO DE TRATAMIENTOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que señalan haber realizado tratamientos en Centro ambulatorio, Centro de Día, Programa metadona, Unidad Desintoxicación Hospitalaria, Comunidad Terapéutica, Asociación Alcohólicos, Hospital, Otros (Prisión, piso acogida, psicólogo privado, psiquiatra privado, Remar, Patriarca)	Nominal politómica
	PORQUÉ RAZÓN-ES PUSO FIN A LOS TRATAMIENTOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que señalan que la razón por la que pusieron fin a los tratamientos fue porque El tratamiento finalizó, Porque pensaba que estaba curado/a, Tuve problemas con compañeros/as, No era mi momento de dejarlo, Porque conocí a un chico/a en el tratamiento y abandonamos, No me sentí acompañado/a ni comprendido-a, Pensaba que no me ayudaban, Otros	Nominal politómica
QUÉ PROBLEMAS HA SUPERADO PARA ACUDIR AL TRATAMIENTO	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que superaron problemas de El cuidado de mis hijos, Mis obligaciones laborales, El qué dirán, El desacuerdo de mi familia, El desacuerdo de mi pareja, Ninguno	Nominal politómica	

	¿FINALIZAR UN TRATAMIENTO ES UNA EXPERIENCIA QUE AYUDARÁ EN LA VIDA?	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que finalizar en tratamiento es una experiencia que ayuda Si, mucho, Bastante, Nada	Nominal politómica
	EXISTENCIA DE PERSONA-S DE CONFIANZA CUANDO TIENE PROBLEMAS,	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que disponen de personas de confianza	Nominal dicotómica

EXPERIENCIAS DE MALTRATO	EXPERIENCIAS DE MALTRATO TÉCNICO ANTES Y DESPUES DE LA DROGODEP.	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que señalan hacer experimentado por parte de Padre, Madre, Hermanos-as Hijos-as, Pareja y Otras personas, las 13 situaciones categorizadas que describen el Maltrato Técnico	Nominal dicotómica
	EXPERIENCIAS DE MALTRATO DECLARADO, ANTES Y DURANTE LA DROGODEP. Y DURANTE TRATAM.	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declaran haber experimentado maltrato por parte de Padre, Madre, Hermanos-as Hijos-as, Pareja, Expareja y Otras personas.	Nominal dicotómica
	EXISTENCIA DE EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA O MALTRATO DECLARADO, ANTES Y DURANTE LA DROGODEP. Y DURANTE AMBOS MOMENTOS	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declaran haber experimentado las situaciones siguientes:Abandono de hogar por parte de mi pareja, Tuve continuas discusiones en casa, Mi padre/madre abandonó el domicilio, Cambié de domicilio habitual, Embarazos no deseados en la pareja, Tuve/mi pareja tuvo aborto/s, Viví fuera de casa habitual más de 6 meses, Sufrí abusos, Mi pareja y yo nos casamos, Sufrí agresiones, Tuve relaciones con prostitutas, Me violaron, Tuve continuas discusiones con mi pareja, Detenciones policiales, Nacimiento de algún hijo-a, Ejercí la prostitución	Nominal dicotómica
	EXISTENCIA DE EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA O MALTRATO EN PRISIÓN, EN PROSTITUCIÓN.	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declaran haber experimentado maltrato en Prisión: Por parte de compañeros-as presos-as, Por parte del funcionariado, Por parte de mi pareja, durante las visitas, Por parte de mi familia, durante las visitas, Por parte de otras personas, especificar. O en Prostitución: Por parte del cliente, Por parte de la persona que proporcionaba a los clientes, Por parte de otras personas. Si ha utilizado los servicios de prostitutas, el maltrato se ha ejercido Hacia la persona que se prostituía, Hacia la persona que ofrecía los contactos, Hacia otras personas	Nominal dicotómica
	PARTICIPACIÓN ACTIVA EN VIOLENCIA O MALTRATO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que declaran haber ejercido maltrato o violencia alguna vez en la vida y en caso afirmativo, a quién:A mi pareja, A mis hijos, A mi padre, A mi madre, A mis hermanos, A mi expareja, A mi vecino, A compañero-a de trabajo, Otras personas	Nominal dicotómica
	NIVEL DE AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	N y % de población estudiada	N y % de hombres y de mujeres que han puntuado el nivel de autoestima, en una escala de 0 a 10.	Nominal dicotómica y de razón

Se determinó si hubo diferencias estadísticamente significativas por sexos en función de las variables de caracterización. Cuando esta opción no pudo establecerse por no disponer del número de sujetos mínimo para su aplicación, se aplicó la corrección F de Fisher. Los valores finales se presentan en la mayoría de los casos con la prueba de la independencia estadística.

En la **parte relacional** se han cruzado las variables de estudio (sexo, drogodependencia y violencia padecida y ejercida) con las variables asociadas y se han utilizado frecuencias absolutas y porcentajes ponderados para las variables categóricas mediante pruebas de independencia estadística y la T de Student para las variables numéricas.

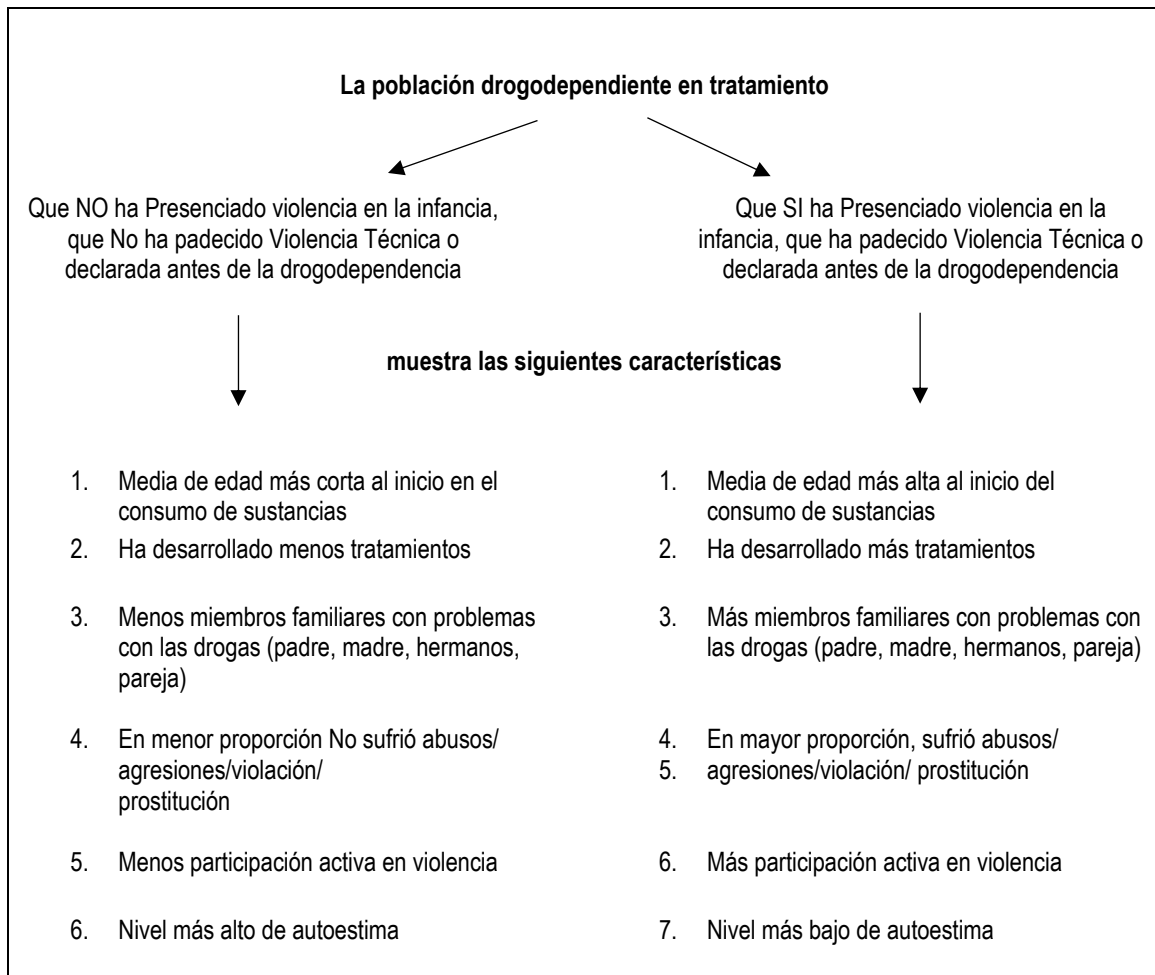
Las variables de estudio o supervisión y las asociadas se muestran en el siguiente cuadro (Tabla 23):

**Tabla 23. Cuadro de variables. Nivel Relacional**

<b>VARIABLES DE SUPERVISIÓN O DE ESTUDIO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES FINALES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
Población drogodependiente, hombres y mujeres que han sufrido violencia	N y % de población drogodependiente que han sufrido violencia	N y % de hombres y mujeres que han sufrido violencia	Categórica dicotómica y numérica
<b>VARIABLES ASOCIADAS</b>			
Presencia de Violencia o maltrato en infancia	N y % de población drogodependiente estudiada	N y % de población con presencia de violencia en infancia (hombres y mujeres)	Categórica dicotómica
Existencia de Violencia o maltrato, de tipo psicológica, estructural, sexual, económica, física, espiritual o moral	N y % de población drogodependiente estudiada	N y % de población con violencia (psicológica, estructural, sexual, económica, física espiritual o moral) antes, durante la drogodependencia y durante el tratamiento (hombres y mujeres)	Categórica y numérica
Existencia de Violencia o maltrato de forma: sufrir abusos, sufrir agresiones, violaciones, ejercer la prostitución, abandono de hogar por parte de progenitores, antes o durante la drogodependencia	N y % de población drogodependiente estudiada	N y % de población que ha sufrido experiencias del maltrato (sufrir abusos, sufrir agresiones, violaciones, ejercer la prostitución, abandono de hogar por parte de progenitores) antes o durante la drogodependencia o durante ambos periodos (hombres y mujeres)	Categórica
Número de tratamientos anteriores	N y % de población drogodependiente estudiada	N y % de tratamientos en población que ha sufrido violencia (hombres y mujeres)	Numérica
Existencia de Violencia o maltrato y tratamiento actual y anteriores	N y % de población drogodependiente estudiada	N y % de tratamientos en población que ha sufrido y que NO ha sufrido violencia (hombres y mujeres)	Categórica
Nivel de autoestima	N y % de población drogodependiente estudiada	Nivel de autoestima en hombres y mujeres que han sufrido violencia y Nivel de autoestima en los que No han sufrido violencia	Numérica y ordinal

Las hipótesis que se detallarán en la parte empírica de este estudio surgen de este cuadro resumen, el cual guiará la parte del estudio relacional.

**Gráfico 8. Relaciones entre variables. Nivel Relacional**



Por otra parte, el hecho de que varias de las variables cuantitativas registradas no se ajustaran al supuesto de distribución normal, no es inesperado al pertenecer al ámbito clínico tanto los y las participantes del estudio como las propias variables que se analizan.

Por otro lado, también se usó la prueba paramétrica de contraste T de Student para muestras independientes, para lo cual se comprobó el cumplimiento del supuesto de distribución normal mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov. A pesar de que se ha constatado que varias de las variables cuantitativas analizadas no se ajustaron a la normalidad, se tomó la determinación de usar la prueba paramétrica igualmente ya que la muestra es suficientemente amplia como para que el no cumplimiento del supuesto no afectara en gran medida al contraste estadístico, además de que en estas circunstancias las pruebas paramétricas se consideran de mayor potencia matemática que sus alternativas no paramétricas.

Para el **estudio explicativo** se ha realizado el procedimiento estadístico de la prueba de regresión logística binaria para comprobar si la variable dependiente, el padecimiento de Violencia antes de

la drogodependencia, puede explicarse en función de determinadas variables independientes seleccionadas.

El nivel explicativo ayuda a conocer si existe una relación multivariada entre estas variables independientes con la dependiente y sirve también para predecir la probabilidad tanto de haber experimentado Violencia antes de la drogodependencia en nueva población drogodependiente, como para predecir, si se dan determinados factores causales, la probabilidad de haber experimentado Violencia antes de la drogodependencia. Predecir es calcular la probabilidad de ocurrencia.

La variable dependiente y las variables independientes, explicativas del padecimiento de Violencia antes de la drogodependencia especificadas en la siguiente Tabla 24.

**Tabla 24. Cuadro de variables. Nivel Explicativo**

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES FINALES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
Edad de inicio en el consumo de drogas		14 años o antes 15 o más	Categoría/Dicotómica
Existencia de familiares con problemas de drogodependencias	Existencia de familiares con drogodependencia	Si/No	Categoría/Dicotómica
Autoestima	Puntuación en autoestima de 0 a 10	De 0 a 10	Númerica
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
Violencia Técnica antes de la Drogodependencia	Haber padecido Violencia Técnica antes de la drogodependencia	Si/No	Categoría y Dicotómica



## **CAPÍTULO 5.**

### **SIGNIFICADOS DE LOS CONSUMOS DE DROGAS, RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA EXPERIMENTADA EN MUJERES Y HOMBRES ADICTOS A SUSTANCIAS. UN ESTUDIO CUALITATIVO**

#### **Introducción**

Este primer estudio se acerca a las experiencias de violencia que hombres y mujeres en tratamiento por drogodependencia han experimentado en algún momento de su ciclo vital. Se estudia la población que está en una fase de tratamiento avanzada, o que recientemente ha finalizado su proceso terapéutico, con el objetivo de asegurar una mayor conciencia de los motivos que han podido llevarles a la drogodependencia y descubrir la posible relación entre esta cuestión y la violencia padecida. La evidencia empírica constata la existencia de una mayor incidencia de violencia y/o maltrato en la población drogodependiente (Mignone, Klostermann y Chen, 2009; Smith, Homish, Leonard y Cornelius 2012; Salom, Williams, Najman, y Alati 2015) en comparación con la población general (Goldstein, 1995) si bien la mayoría de los estudios realizados al respecto han sido cuantitativos, conociéndose relativamente poco de los discursos, significados y percepciones de estas experiencias por parte de las personas drogodependientes que las padecen.

#### **5.1. Objetivos**

Este primer abordaje pretende explorar e indagar en el origen y las circunstancias de estas situaciones de violencia vividas en población drogodependiente y conocer mejor esta realidad, dura y difícil para las personas que la experimentan y complicada para las y los profesionales que deben manejarla.

Los objetivos de esta parte han sido:

1. Esclarecer las razones que hombres y mujeres atribuyen al inicio del consumo de drogas y señalar si entre las mismas se presentan situaciones de violencia vivida o experimentada.
2. Comprender e interpretar las razones por las que hombres y mujeres inician un tratamiento, conocer qué expectativas presentaban al iniciarlo y anunciar si entre las mismas existe relación con experiencias de violencia vivida o experimentada.
3. Con respecto a la ayuda profesional recibida en relación con su problemática, analizar la valoración que los hombres y mujeres participantes realizan de sus tratamientos, en cuanto a la oportunidad para cambiar sus vidas y en qué cosas éstas han mejorado. Interpretar si en este punto, hombres y mujeres declaran algún aspecto del trabajo terapéutico realizado relativo a las experiencias de violencia vividas.
4. Complementariamente a esta cuestión, descubrir qué cuestiones son las que los hombres y mujeres han percibido como deficitarias en relación a sus tratamientos y cuales, sin embargo, consideran como importantes.
5. Indagar, explorar y conocer qué experiencias de violencia y maltrato individuales declaran haber experimentado los hombres y las mujeres, antes y durante la drogodependencia y

durante el-los tratamientos. Descubrir por qué se sintieron maltratados o maltratadas y qué tipo de violencia se experimentó.

6. Descubrir qué sentimientos asocian los hombres y mujeres encuestadas a la etapa de consumo y si los sentimientos mayormente seleccionados pueden relacionarse con experiencias de violencia o maltrato.

Aunque entre los objetivos de esta parte no estuvo cuantificar las respuestas y analizarlas en base al cómputo de las mismas, no obstante, en cada uno de estos puntos se hará un análisis por sexos. Se ha considerado, a este respecto, que también el número de respuestas que los hombres y las mujeres ofrecen y la cantidad de información en cada una en relación a los contenidos, podía ofrecer un material de análisis complementario al abordaje cualitativo.

## **5.2. Razones o motivaciones para el consumo de drogas en hombres y las mujeres drogodependientes y su relación con la violencia padecida**

Esta primera dimensión de estudio plantea, por una parte, esclarecer las razones que hombres y mujeres atribuyen al por qué se inician en el consumo de drogas y ver si entre las mismas se presentan situaciones de violencia vivida o experimentada. Por otra, descubrir qué población, la masculina, la femenina o ambas, asocian el inicio de consumo de sustancias con experiencias de violencia o maltrato. Por último, en el caso de que alguno de los sexos realice esta asociación, cuáles son estas experiencias y de qué tipo son.

La pregunta fue formulada así: *¿Qué razones o motivaciones le han llevado a consumir drogas?*. Algunos-as participantes en el estudio han recogido esta cuestión entendiendo que la pregunta indagaba sobre las razones por las cuales se iniciaron generalmente en la adolescencia en el consumo. Otras han argumentado las razones por las cuales este consumo se llevaba a cabo, qué circunstancias vivían cuando se produjo un aumento en la frecuencia de estos hechos y por los cuales éstos se hicieron descontrolados, comportamiento evidente, en definitiva, de inicio de la drogodependencia.

El total de narraciones aportadas por los hombres a la pregunta ha sido 117 de los 129 participantes, es decir, el 92% de la muestra masculina. Las mujeres ofrecen 77 narraciones, aportadas por el 78,8% del total de la muestra femenina. Estos datos indican que los hombres, en mayor proporción que las mujeres, han reflexionado sobre un por qué, o un para qué, se iniciaron en el consumo de sustancias. Las respuestas indican una búsqueda autobiográfica del significado del consumo de drogas en las trayectorias personales, reflexión muchas veces únicamente posible, o por lo menos facilitada, en el marco de un programa de tratamiento y cuya respuesta da oportunidades al trabajo terapéutico a realizar en el marco del mismo. Menos mujeres que hombres la responden, lo que podría significar que ellas desconocen las razones (sus razones) para el consumo o que la pregunta presenta cierta complejidad para ser respondida por escrito y en unas líneas sobre todo si antes no se ha pensado en estas razones, o que las mismas son más profundas y complejas.

### 5.2.1. Razones o motivaciones para el consumo de sustancias en hombres

En **primer lugar** el mayor número de narraciones ofrecidas por los participantes recoge una 'Suma de experiencias, sentimientos, hechos y circunstancias' vividos y recordados a la hora de ofrecer las respuestas con carga emocional generalmente negativa:

*Conocerlas, quitar miedo o respeto hacia ellas y estados de ánimo negativos, depresiones*

*Incomunicación con la familia, como una forma de evasión y de olvidarme de los problemas; deseo de experimentar*

*Superada una anorexia, por aburrimiento, estrés, cansancio, problemas afectivos y sentimentales, diversión*

*Buscar tranquilidad, desasosiego. No sufrimiento. Olvido, desconectar, felicidad*

*Un estilo de vida, gran insatisfacción, tapar sentimientos, desengaños*

En este epígrafe aparecen testimonios que señalan en los progenitores una relación familiar con las sustancias, junto a los problemas generados por el largo recorrido familiar e individual con ellas, sobre todo con las ilegales:

*La veía en casa, las malas compañías. Prisión, discusiones con exparejas, timidez, la delincuencia, porque traficaba, porque lo probé y me gustó, por sentirme alguien*

*Relacionarme con los amigos, darme fuerza para hacer cosas 'malas' evadirme de la realidad, no afrontar los problemas, para sentirme más que los demás*

*Siempre he tenido drogas encima, por diferentes motivos me vi enganchado un día después de estar desde los 12 años traficando y consumiendo a diario durante un tiempo prolongado*

También aparece, con las drogas, la posibilidad de vencer la timidez y relacionarse con el otro sexo de forma más desinhibida:

*Ser una persona más motivada y acercarme a las chicas*

En **segundo lugar** lo ocupan 'Experiencias traumáticas, duelos no resueltos, separaciones, sucesos dolorosos'. Traumas no superados ocurridos por accidentes de tráfico, separaciones de familiares, de parejas y de hijos, muertes de progenitores, cuyos duelos no han sido resueltos, sucesos dolorosos. Estas situaciones se han agrupado en un mismo bloque por corresponder, todas ellas, a situaciones en las que no hay, por no poder o no saber, una adaptación favorable a la nueva realidad.

*Cuando tuve un accidente y perdí un ojo*

*Desengaños amorosos, enterarme de que existían terceras personas en mi relación de pareja, la pérdida de mis padres por muerte y la separación de mis hermanos*

*Murió mi padre y empecé con las anfetaminas*

*La muerte de mi padre cuando tenía 9 años; la separación de mi pareja*  
*La muerte de mi padre, de mi hermano en un accidente y la muerte de un cuñado*  
*La pérdida de mis padres y la soledad*  
*Problemas con mi hijo y la muerte de mi padre que murió delante de mí*

Dentro de esta categoría, la ruptura de una relación de pareja y/o la pérdida del trabajo, aparece con frecuencia como la razón o razones únicas por las que se recuerda este comienzo en el consumo:

*La separación de mi pareja y el cierre de la empresa donde trabajaba*  
*Al romper con mi pareja*  
*Sin trabajo, dejarme la novia y una discusión muy fuerte en casa*  
*La separación de mi hijo y su madre*

En **tercer lugar** lo ocupan 'Problemas en las relaciones, de comunicación, sentimientos negativos'. Dificultades relacionales con la familia, en el trabajo, con otras personas, problemas de comunicación fruto de la timidez, sentimientos negativos como baja autoestima, falta de personalidad, falta de seguridad:

*Autoestima baja, problemas familiares, miedo al éxito, falta de valoración. Con la droga todo eso se olvida*  
*Creo que me llevó a ello el aislamiento y el no asumir los problemas*  
*El consumo de drogas me facilitaba relacionarme con los demás*  
*El tener problemas y no compartirlos con nadie*  
*En la mayoría de las ocasiones para soportar los problemas personales y olvidar las cosas negativas que me rodeaban*  
*Timidez y falta de relación con las personas*  
*Falta de personalidad, baja autoestima*  
*Falta de seguridad en mí mismo*

En algunos casos incluidos en esta categoría, aparece la obligación de demostrar que se puede con todo y que no se puede o debe mostrar debilidades, aunque se pague el precio del consumo:

*Timidez, miedo a no mostrarme como soy, a mostrar una fachada de que siempre puedo con todo, no mostrar mis debilidades, aislarme de la sociedad, amigos, familia*

En **cuarto lugar** se sitúan razones hedonistas, búsqueda de 'Placer, diversión, pasarlo bien'. El propio placer aportado por la sustancia es la razón para consumir a pesar de los problemas derivados de este comportamiento:

*Amigos, fiesta, mi personalidad*

*Diversión y círculo de amigos*

*Diversión, desinhibición, frustración*

*Diversión. Con el cannabis, tranquilizarme y con cocaína encerrarme y sexo*

*El estado en el que me dejaba, no existía nada más para mí*

*La edad muy temprana, me gustaba y me enganché*

*Pasarlo bien, ligar*

*Tener mucho dinero y andar mucho de juerga*

En **quinta posición**, la 'Presión social, dejarse llevar, las compañías, falta de información'. No rechazar la sustancia podría en algunos casos ser interpretado como no saber rechazarla, por no disponer de información suficiente de las consecuencias que derivan de tales comportamientos:

*Por el entorno en el que me movía y porque soy un poco golfo*

*Moverme en entornos de riesgo y la época (los 80)*

*Falta de información y seguir el rol de mi hermano*

*Juntarme con malas influencias*

*Tenía 10 años y ya consumía, por el tipo de gente con la que andaba, todos consumíamos*

*Porque estaba de moda, ser diferente*

*La primera vez por ignorancia y por malas compañías*

*Por desconocimiento de lo que suponía el consumo de cocaína y la edad, era muy joven*

*La poca información que había*

En **sexto lugar**, están las razones vinculadas al 'Deseo de explorar y conocer, curiosidad por los efectos'. Actitud propia de la adolescencia, en la que se va encontrando la propia identidad por rechazo a lo que hay y por la búsqueda del límite de las propias fuerzas:

*Al principio por probar qué efectos hacía. Curiosidad, transgresión*

*El afán de salir a buscar algo nuevo. De meter en la cabeza tensiones diferentes*

*El buscar una sensación nueva y los amigos*

*Novedad, buscar nuevas sensaciones*

*Querer probarlo todo en esta vida*

La **séptima posición** la ocupan 'Reflexiones sobre el proceso del propio consumo de drogas'. Entre las respuestas también se recogen, no las razones del inicio en el consumo, sino reflexiones del proceso de interacción con las sustancias y las consecuencias de este proceso:

*Al principio por moverme por las fiestas. Años más tarde, por no saber gestionar los problemas*

*En un principio, tenía el convencimiento de que lo hacía exclusivamente por diversión, pero he ido descubriendo que era una forma de evasión*

*Amigos, placer, fiesta, soledad, dependencia*

*Con los años, politoxicómano*

*Pienso que primero fue por probarlo y por los amigos, pero con el tiempo fue por evadirme, la soledad y por la agonía de la vida*

En **octavo lugar**, 'Como forma de automedicación' con las propias sustancias, que palían sentimientos o estados negativos:

*Como sustituto de medicación, para relajarme*

*El estrés y la rutina... para sentirme capaz de realizar diferentes trabajos de mucho esfuerzo y poder aguantar*

*Enfermedad crónica y familiar*

*Me proporcionaba tranquilidad, estabilidad, ánimo, positividad y desconexión de los problemas*

*Vacío interior*

*Te lleva a la ruina física y mentalmente; en estos momentos si no fuera por las consecuencias, sigo pensando que la heroína es la mejor droga que he probado*

En esta parte referida a las razones o motivaciones para el inicio en el consumo de sustancias en hombres, se ratifica la vigencia de las teorías al respecto. Sin embargo, se señalan dos cuestiones de interés.

La primera es que la edad media de la población que responde al cuestionario tiene en el momento de la entrevista en torno a los 40 años de edad, razón por la cual las razones únicamente hedonistas o de aventura, se sitúan en cuarto lugar, detrás de otras que reconocen sentimientos negativos, de sufrimiento, dolor, problemas de comunicación, traumas y la imposibilidad e incapacidad de hacer frente a ellos. El tiempo y la distancia de estas primeras experiencias de consumo junto con el

análisis y reflexión que posibilitan las terapias permiten valorar mejor a medio y largo plazo los comportamientos y las decisiones tomadas en la juventud.

La segunda está relacionada con lo que se verá a continuación y concierne a las razones que ofrecen las mujeres de su inicio en el consumo de sustancias.

### 5.2.2. Razones o motivaciones para el consumo de sustancias en mujeres

Se exponen las razones de las mujeres para el consumo de sustancias ordenadas en función del número de aportaciones:

En **primer lugar** las causas que las mujeres declaran para el consumo de sustancias lo ocupan razones vinculadas a la 'Soledad, timidez, falta de comunicación, fobias'. Son sentimientos y emociones negativos frente a los retos o a las necesidades específicas de ese momento y frente a los que no se encuentra una respuesta más adaptativa.

*Una fobia*

*Una fobia social, el seguir a los demás sintiéndome arrastrada, la sensación de bienestar*

*Evadirme de lo que sucedía en casa*

*Evadirme del dolor, problemas, baja autoestima*

*Huir de todos los problemas que tenía y sentirme superior al resto de la gente*

*Estaba más desinhibida y para atreverme a contactar con los chicos*

*La inseguridad, la soledad*

*Por no afrontar mis problemas, supongo que lo hacía por evadirme y querer estar en una vida paralela; por discusiones; por frustración ante la falta de trabajo; problemas con mi madre carnal, etc.*

*Estar sola, mis hermanos no me atendían, mi pareja no me tomaba en cuenta, estar lejos de mi país, no tener amigos*

*Mi carácter retraído*

Este aspecto es importante, ya que la fobia social o la dificultad de ocupar el espacio público (y su relación con la autoestima en cuanto a sentirse capaz o con la fuerza para ello) aparece por primera vez. Las razones para el inicio en el consumo aportadas por la literatura hasta ahora para ambos sexos han sido: la curiosidad, la búsqueda de sensaciones, aburrimiento, etc. aunque, como se ha visto en el apartado anterior, éstas son razones específicas aportadas por los hombres.

En **segundo lugar**, está la 'Presión social del entorno, el dejarse llevar, la falta de juicio propio y la falta de información' sobre las consecuencias de este tipo de conductas. Si bien en los hombres estas razones están en sexta posición en cuanto al número de aportaciones, en las mujeres está en la segunda. La familia, los hermanos-as, los amigos ya consumían cuando las mujeres se iniciaron:

*Amigos y salidas nocturnas*

*Empecé muy joven al cambiar de ikastola a instituto cambiaron las personas con las que me relacionaba y empecé a salir con una cuadrilla de personas mayores que yo que ya consumían*

*Era la menor y mi hermano, el que me seguía, consumía. Seguí sus pasos. Falta de información sobre las consecuencias*

*Era habitual en la familia*

*Trabajaba en una discoteca*

*La inexperiencia*

*Por las compañías y porque a los 13 años ya vivía yo sola en la calle*

*Realmente ninguna razón o motivación, lo hacía porque la gente con la que iba también lo hacía y era un círculo vicioso*

En esta categoría está el recuerdo de las mujeres participantes de iniciarse en el consumo de las sustancias de la mano de sus parejas ya consumidoras:

*Me enamoré de un heroinómano ingresado en la planta donde yo trabajaba de enfermera y me pidió que sacase opiáceos y los consumiéramos los dos*

*Curiosidad, el primer chico con el que salía, fumaba heroína y me la dio a probar, y desde ese día hasta el día de hoy*

En **tercer lugar**, las mujeres argumentan razones vinculadas a 'Duelos no resueltos de muerte de progenitores o familiares, muertes o separaciones de parejas', cuestiones que tienen relación con las demás personas, mejor dicho con la falta de personas referenciales de vital importancia para ellas:

*Desde la muerte de mi única hermana*

*Depresión después de la muerte de mi padre. Estrés del trabajo*

*La inseguridad en mí misma. La pérdida de mi madre*

*Quedarme sola con 4 hijos y llenar el vacío que me quedó de mi marido que todavía no lo he encontrado*

*La muerte de mi abuelo; la mala relación que mis padres tenían entre ellos y la mala relación que yo tenía con mis padres; sentirme sola*

*Porque me separe hace 4 años y me tuve que ir a vivir con mis padres, tuve una depresión*

A la importancia atribuida a la falta de personas importantes, por muerte o separación, se une otro duelo no superado, la imposibilidad biológica para la maternidad, que no resulta compensado por la decisión de una adopción:

*Me sentía inferior a otras mujeres por no poder tener hijos, hasta que adoptamos una hija. Mi problema le ha hecho sufrir, me ayuda en todo momento que necesito*

En **cuarta posición**, las causas se atribuyen a 'Problemas con la pareja, infidelidades, problemas con la familia y la incapacidad de poder hacer frente a éstos:

*Problemas de pareja e intento autolítico*

*Problemas familiares, falta de autoestima*

*Problemas familiares, afectivos, de personalidad, etc.*

*La discapacidad de mi padre*

*Poder aguantar las tensiones y complejas relaciones familiares.  
El detonante de pasar del uso al abuso fue no perdonar ni olvidar las continuas infidelidades de mi pareja*

*Las malas relaciones con mi pareja*

En **quinto lugar** en número de argumentos atribuidos por las mujeres para el consumo de drogas, lo ocupa un conjunto de razones, 'Suma de problemas: falta de sentido a la vida, problemas laborales, baja autoestima'. En las narraciones aportadas por las participantes, los argumentos para el consumo de drogas apuntan a dificultades para afrontar estos problemas:

*Aburrimiento, no tener trabajo y mucho tiempo libre*

*La baja autoestima, la soledad, la poca autonomía, el estrés, la diversión, porque lo hacían mis amigas*

*Las vacaciones de verano, posteriormente tener problemas con la empresa*

*Muchos problemas, cerré un negocio y tener que afrontar yo sola todo porque el que era mi marido pasaba de todo. Empecé a tomar alcohol con antidepresivos*

*Evitación de problemas, inseguridad, inferioridad*

Este testimonio siguiente muestra la reflexión que la pregunta sugiere. La mujer participante reconoce la responsabilidad de sus actos, así como también conocer a personas que salen delante de las dificultades sin recurrir a las drogas. El recurso al consumo es, según ella, 'lo más fácil' en éstas ocasiones en las que los problemas aprietan, aunque es capaz de identificar el sufrimiento posterior por no saber-poder o querer, según sus propias palabras, afrontar la vida de otra manera, añadiendo a la reflexión el sentimiento de culpa:

*Pienso que el querer vivir todo demasiado deprisa, conocer a gente equivocada. Al final, la responsable eres tú, porque sólo tú decides continuar con esa vida o no. En mi vida he sufrido mucho pero sé que hay gente que ha salido adelante sin esconderse*

*detrás de las drogas... que a lo mejor es lo más fácil o, quién sabe, también es lo más difícil cuando te das cuenta de lo que has hecho en lugar de afrontar la vida*

En **sexto lugar**, las razones son 'Placer en los efectos, sentirse bien, búsqueda de la imagen ideal'. Las consideraciones por el placer que aportan las sustancias, y el 'enganche' que éste produce, es otra de las razones esgrimidas para consumirlas:

*Me ofrecieron, probé y me gustó la sensación que me ofrecía*

*Ninguna en particular, me gusta*

*Me gustaba la desinhibición que conlleva la droga y luego, por hábito*

*Me gustaban los efectos*

*Me gustaba, me lo pasaba bien, me desinhibía, me quitaba frustraciones, me olvidaba de que tenía complejos y me convertía en la persona que quería ser*

Otras mujeres reconocen el precio final de ese 'enganche' producido por el placer de tomarlas:

*Al principio me hacían sentirme bien, más tarde no podía trabajar ni vivir sin ellas*

En **séptimo lugar** están 'Miedos, inseguridades, depresión, no querer sentir, no tener motivaciones'. Este punto implica que la droga se presenta como un recurso para paliar los síntomas que previamente ya se padecen y que por otra parte se pueden nombrar:

*El miedo y la inseguridad a afrontar problemas*

*Sentirme que no valía para nada, tenía principio de depresión*

*Dormir, no pensar y no sentir. No saber afrontar los problemas un poco fuertes, inseguridad*

*El no tener motivaciones, no encontrar sentido a la vida*

*La depresión, no tener tiempo ni fuerzas físicas para poder con todo y, posiblemente, el déficit de atención que me han diagnosticado*

En **octavo lugar**, 'Evasión de los problemas, desconectar, escapar de la realidad'. Esta motivación implica reconocer previamente la existencia de las dificultades previas al consumo. También significa que ésta es la mejor o única salida encontrada frente a ellas. Consumo de drogas como automedicación, para no sufrir, no sentir, medicalización del malestar:

*Desconectar, evadirse de problemas, escapar de la realidad*

*Para evadirme de mis problemas y olvidar el pasado*

*Razones varias, entre ellas escapar de la realidad*

*Problemas en casa, consumía para evadirme y estar, aunque sea unos minutos, sin pensar en la vida*

*Desconexión*

En **novena posición**, 'La importancia de la imagen: obesidad, evitar estados de bulimia o anorexia'. Otro grupo de razones son las relacionadas con la imagen corporal, para adelgazar, control-descontrol alimentario. En este caso, a la droga se atribuyen poderes de controlar o regular lo que de otra forma no se puede lograr: responder a una imagen 'ideal'. Exigencia, como se sabe, refrendada por medios de comunicación y/o por 'la mirada del otro', a la que se le otorga más poder que al propio criterio de cuidado y bienestar, criterio por otra parte, aún por descubrir:

*En un principio por estar obesa, ¿qué tontería no?*

*Me llevó a consumir el pensar que como me dejé tantísimo y engordé 70 kilos la cocaína me iba a ayudar a adelgazar*

*Poca autoestima y malas compañías; todo ello acompañado de un problema mental de trastorno límite de personalidad, anorexia y bulimia nerviosa*

*En principio a los 18 años empecé con speed. Me gustaba consumirlo porque evitaba que me diera atracones y vómitos, por la bulimia. En estos últimos años el alcohol ha sido protagonista para no vivir la realidad de una relación que me ha hecho daño*

En **décima posición** se sitúan las razones que apuntan al consumo de sustancias 'Como automedicación'. También en las mujeres las sustancias son usadas como paliativo de estados dolorosos, físicos y mentales:

*Con los dolores de la regla consumía optalidones, y con la muerte de mi padre consumí alcohol*

*Encontrarme anímicamente mejor*

*Buscar tranquilidad, no pensar*

*Baja autoestima, carencias afectivas, enfermedad física, depresión*

La **undécima**, por 'Maltrato o violencia por parte de la familia y/o pareja'. Una parte de las mujeres atribuye el inicio del consumo a sentirse maltratada, física y/o emocionalmente por parte de parejas y padres:

*La extremada timidez desde pequeña; sentirme maltratada, lo que llevó a una fobia social y a estar demasiado enmadrada*

*Malos tratos por parte de mi pareja, el padre de mis hijos*

*Me he sentido maltratada psicológicamente. Me obligaban a hacer cosas que no quería. Me he sentido frustrada, mal, sola, manipulada, sin voluntad*

*Problemas familiares, padre alcohólico maltratador*

La **duodécima**, 'Violación'. Algunas mujeres atribuyen el inicio en el consumo de drogas a violaciones o intentos de violación. Quizá sea éste el tipo de violencia más atroz y desgarrador, el que implica un quiebro físico y mental muy difícilmente superable, únicamente insensibilizado por el consumo de la sustancia:

*Tengo problemas familiares. Me violaron. Sufro porque mi hija no tiene a su padre cerca. Bebo para olvidarme, soy muy nerviosa y tímida*

Además, el consumo de drogas como salida funcionalmente válida encontrada a estos hechos, se juzga como cobardía:

*Empecé a consumir la droga después de cuatro intentos de violación por parte de mi tío y después de intentar matarme. Fui cobarde y me refugiaba en el alcohol y drogas*

Por último, algunas respuestas se centran, después de nombrar las razones iniciales para el consumo (diversión, desinhibición), en mostrar una 'Trayectoria del consumo y de los efectos del consumo de drogas':

*Al principio por diversión, luego por problemas con mi pareja*

*Empecé con el alcohol por desinhibirme porque era una niña muy retraída pero bebía tanto que tenía muchas lagunas mentales. Con 15 empecé con los porros y después con la cocaína, que me dejaba aplatanada. Entonces empecé con speed, a saco, durante largos periodos y a veces todos los días. Ahora lo que me ha traído es el alcohol*

En resumen, teniendo en cuenta el número total de respuestas ofrecidas que los y las participantes han volcado, se comprueba que un porcentaje mayor de hombres que de mujeres han aportado información (92% frente al 78,8%), sin embargo son ellos los que obtienen una variabilidad menor en las respuestas que aportan.

Se observa en la Tabla 25 (página siguiente) que existen unas razones comunes a ambos sexos y otras razones específicas a cada uno. Además, las razones comunes que se han podido apreciar, los hombres y las mujeres las sitúan con diferente peso, al ser seleccionadas por porcentajes distintos. Por tanto, para cada sexo adquiere una valoración distinta. Entre las aportaciones ofrecidas, existen razones comunes a hombres y mujeres, marcadas con el mismo color en la tabla.

Se ha analizado la primera dimensión: Razones o motivaciones para el consumo de drogas en hombres y mujeres y su relación con la violencia vivida. Un resumen de las aportaciones ofrecidas analizadas por sexos se muestra en la siguiente Tabla 25.

**Tabla 25. Razones o motivaciones en hombres y mujeres para el consumo de drogas (en orden al número de aportaciones)**

Hombres (N = 129)	Mujeres (N = 98)
117 aportaciones (del 92% del total)	77 aportaciones (del 78,8% del total)
1. Suma de experiencias, emociones, sentimientos, hechos y circunstancias	1. Problemas en las relaciones, de comunicación, sentimientos negativos (soledad, timidez), fobias
2. Por traumas (accidentes), duelos no resueltos, separaciones, sucesos dolorosos	2. Presión social, dejarse llevar, las compañías, falta de información
3. Problemas en las relaciones, de comunicación, sentimientos negativos (soledad, timidez)	3. Por traumas (accidentes), duelos no resueltos, separaciones
4. Por placer, fiesta, diversión	4. Problemas familiares, de pareja
5. Presión social, dejarse llevar, las compañías, falta de información	5. Suma de experiencias, emociones, hechos y circunstancias
6. Deseo de explorar, conocer, curiosidad por los efectos	6. Por placer, fiesta, diversión
7. Reflexiones sobre el proceso del propio consumo de drogas	7. Inseguridad, depresión
8. Como automedicación	8. Evasión de los problemas
	9. Importancia de la imagen: obesidad, evitar estados de bulimia o anorexia
	10. Como automedicación
	11. Maltrato o violencia por parte de la familia, pareja
	12. Violación
	13. Reflexiones sobre el proceso del propio consumo de drogas

**Razones o motivaciones para el consumo de drogas, razones comunes y específicas en hombres y mujeres**

Hombres	Mujeres
117 aportaciones de hombres (el 92% del total)	77 aportaciones de mujeres, aunque con más número de razones (el 78,8% del total)
Presión social, dejarse llevar, falta de información, las compañías	
Falta de comunicación, timidez	
Como automedicación	
Por traumas (accidentes), duelos no superados, separaciones	
Por placer, fiesta, diversión	
Razones o motivaciones específicas para el consumo de drogas	
Hombres	Mujeres
Deseo de explorar, conocer, curiosidad por los efectos.	Soledad, inseguridad, depresión
Escapar de problemas personales	Escapar de problemas familiares, de pareja
	Maltrato, violencia por parte de la familia, pareja
	Violación
	Problemas con la alimentación: obesidad, anorexia, bulimia

Los hombres participantes no han señalado haber experimentado violencia o maltrato y aducen sobre todo razones lúdicas, hedonistas, deseo de experimentar aventuras, así como también situaciones dolorosas o traumáticas como separaciones de personas cercanas y muertes y sentimientos negativos. La razón, específicamente señalada por los hombres para iniciarse en el consumo de drogas y que no aparece entre las mujeres, es el 'Deseo de explorar, conocer, curiosidad por los efectos' de las sustancias.

La razón exclusiva para las mujeres participantes para el consumo de drogas es haber percibido maltrato o violencia por parte de la familia y/o pareja, haber sufrido violación y por razones relacionadas con la propia imagen, como obesidad, o evitar estados de anorexia o bulimia.

Se analizará a continuación la segunda dimensión: Razones o motivaciones para iniciar un tratamiento y expectativas hacia el mismo y su relación con la violencia vivida, que se recoge en los objetivos 2, 3 y 4 propuestos para este estudio.

### **5.3. Razones o motivaciones para iniciar un tratamiento y su relación con la violencia padecida**

El segundo objetivo propuesto para este abordaje cualitativo es comprender e interpretar las razones por las que hombres y mujeres inician un tratamiento y anunciar si las razones señaladas mantienen algún tipo de relación con experiencias de violencia vivida o experimentada.

La pregunta fue formulada así: *¿Qué razones o motivaciones le han llevado al tratamiento?*. Siguiendo el mismo criterio empleado en la Dimensión anterior en cuanto al orden que surge por el número de aportaciones ofrecidas en cada uno de los apartados en los que éstas se han agrupado, se ofrecen a continuación las razones que los hombres y mujeres han aportado. Estas narraciones podrían ser consideradas como una evaluación subjetiva actual que los encuestados y encuestadas hacen entre dos tiempos: por una parte, de la evaluación y las circunstancias del pasado por las que acudieron del tratamiento y por otra parte, la valoración del momento actual, a tratamiento realizado o a punto de finalizar, de lo conseguido durante este proceso terapéutico.

Los hombres han aportado 100 narraciones (77,5% de la muestra masculina responde a esta pregunta) y las mujeres por su parte ofrecen 89 (90,8% de la muestra femenina).

#### **5.3.1. Razones o motivaciones para iniciar el tratamiento en los hombres**

La **primera razón** en los hombres en cuanto al número de aportaciones reflejadas en los cuestionarios que recogen esta categoría es: 'Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda'. Pedir ayuda para iniciar un necesario cambio de vida, ya que no era posible seguir en esa dirección, cuyo final o única salida podría ser la muerte, accidental o provocada:

*Admitir que tenía un problema*

*Al dejar el trabajo, entrar en una profunda depresión que me llevó al consumo y al intento de suicidio*

*El cansancio de vivir estas experiencias, que lo corroen todo; muchos años haciendo el tonto y problemas con la justicia*

*Toqué fondo y sabía que necesitaba tiempo, pararme y analizar en grupos de terapia los 25 años de mi vida que llevaba drogándome y, sobre todo, confiar en mí y creerme que valía y que podía salir adelante*

*Ver bien a mi familia. Demostrar a mi expareja que no se equivocó cuando me conoció. Toqué fondo, ya no podía más. Acabar limpio, orgulloso y tranquilo*

*Ver que tantos años de adicción me llevaron a tocar fondo y tuve que coger el último vagón del último tren*

*Era insostenible y toqué fondo*

*Estaba sólo y hundido*

*Tocar fondo, liarla muy gorda en casa y tener un juicio*

*Tocar fondo, mis hijos mis padres y mi pareja. El ser otro, querer dejar la vida que he llevado durante 30 años*

*No podía hacerlo sólo. Estaba cayendo en picado; todo se desmoronaba a mi alrededor. No me gustaba yo ni mi vida*

La **segunda**, 'Deseos de mejora personal: recuperar salud, economía, la propia vida'. Estas dos primeras son ideas que reflejan experiencias de un largo camino de fracaso personal, de pérdidas en ámbitos relacionados con la formación de la identidad, masculina en este caso, y con cómo se viven estas carencias en relación con los-as demás. El consumo abusivo o drogodependencia ha generado problemas escolares, familiares, laborales, sociales y/o legales:

*Cambiar el modo de vida y la salud*

*Curarme. Descubrir el por qué lo he hecho y trabajar mis sentimientos*

*Dejar de drogarme en primer lugar y salir del malestar en el que me encontraba con todo lo que me rodeaba*

*El fin de una relación de 18 años de pareja, llena de consumos*

*Dejar las drogas y amueblarme la cabeza*

*Dejar las drogas y recuperar economía*

*Dejar mi adicción, recuperar mi vida*

*El descontrol de mi propia vida*

*El descontrol de vida y la deuda económica. Malestar con mi pareja y familia*

La **tercera** elección más numerosa elegida por los hombres participantes es el 'Deseo del mantenimiento de la abstinencia', como primer éxito necesario para la recuperación de las áreas vitales dañadas, definido éste en forma de un compromiso personal y hacia otros ya establecido.

En algunos casos relatados, a modo de sortilegio, sin ser demasiado consciente de que son las dificultades personales subyacentes las verdaderas responsables de la imposibilidad del mantenimiento a medio y largo plazo de la abstinencia:

*Dejar de una vez de drogarme*

*El demostrar a mi madre que puedo dejar las drogas y porque el último año ya no me sentaban bien del todo...casi muero por consumo excesivo de ketamina*

*Superar la adicción a través del descubrimiento de las causas que me han llevado a ella*

*Marcar un negativo (en análisis) para regalo de cumpleaños de mi hija la mayor*

*Porque ha llegado mi momento*

La **cuarta**, 'Necesidad de cambio, por hacer una vida normal'. En algunos casos, y al igual que en el punto anterior, existe la idea del deseo de alcanzar la *normalidad*, como estado paradigmático que lo cura todo:

*A hacer una vida normal sin depender de la heroína*

*El poder llevar una vida con control y no hacer daño a los que me rodean. No quedarme solo, porque con la cocaína me aparto de todo y todo lo que toco lo estropeo (pareja, trabajo, familia...). Quiero una estabilidad, una vida tranquila, trabajar y encontrar a una chica. Y vivir la vida*

*Llevar una vida como la mayoría de la sociedad, madurar, vivir con normas y más respeto hacia mí y hacia los demás. Motivaciones: mi hijo y mi familia. Volver a ganar a mucha gente que estaba perdiendo, gente que me aprecia y me quiere*

*Llevar una vida normal en la que pueda trabajar cuidar y mantener tanto a mi hijo como vivienda, etc.*

*Lo primero sentirme bien; poder trabajar o realizar cualquier problema sin tener que estar drogado*

En **quinta** posición 'Por sentimientos y pensamientos negativos', relacionados con la baja autoestima, la soledad como problema, la falta de control con el dinero y otras irresponsabilidades.

*La mala salud psicológica; irresponsabilidad en el trabajo; irresponsabilidad en el tiempo libre, con el dinero*

*La poca motivación personal, la soledad, el no valorarme como persona*

*Las drogas y la depresión*

*Malestar*

En **sexto** lugar 'Por presiones externas: razones judiciales, familiares:

*El desacuerdo de mi familia y el de mi pareja; tengo problemas judiciales por delitos (estafa, atentados y lesiones a agentes de la autoridad); también por mí.*

*La espiral en la que estaba metido; trabajar, descansar, drogarme y renunciar a mi familia (pareja e hijo). Físicamente y psicológicamente no estaba bien. Y mi familia no sabía nada hasta que lo descubrieron y me plantearon que decidiese*

*Por temas judiciales y luego por mis hijos*

*Para salir de prisión y no volver a las andadas*

### **5.3.2. Razones o motivaciones para iniciar el tratamiento en las mujeres**

En las mujeres, en primer lugar 'Recuperación o deseo de ejercer el rol maternal'. El 59,2% de las mujeres participantes son madres, prácticamente todas ellas han señalado como principal motivo para el inicio de un tratamiento aspectos relacionados con la maternidad: recuperar el rol después de perderlo, el bienestar y educación de los hijos-as si conviven con ella o el no perderlos en el caso de que Servicios Sociales o Diputación hayan avisado de esta posibilidad. El miedo a perder los hijos es una de las razones que aparecen en mayor medida entre las mujeres y como se vio en el marco teórico, se articula como barrera para el acceso a los recursos. El temor a ser definidas como malas madres, que puede venir tanto si pierden a los hijos-as por la drogodependencia o por si ven en la obligación de delegar su cuidado en otros-as, supone el mayor ataque a su identidad de género.

*El bienestar de mis hijas*

*El centrar mi vida en aspectos como: mis hijos, lo laboral y lo emocional*

*No perder a mis hijos*

*Llegué a estar sin consumir dos años y lo dejé sola, pero después de la separación descubrí que no podría dejarlo por mí misma y con la niña no quería estar así*

*Para educar bien a mis hijos y por mí*

*Quiero ser una buena madre y aprender a quererme a mí misma*

*Quiero superar mi adicción y ser persona, poder trabajar, ayudar a mi familia... sobre todo a mi hija*

*Por mí misma y por mis hijas que tanto las amo y mi familia que me quiere... y yo a ellos*

*Mi vida y la de mi hijo*

*Por mis hijos y por mí; porque no quería vivir así, o lo dejaba o me mataba*

*El ocuparme debidamente de la educación de mis hijos y de mí misma*

*El querer una vida sana y ordenada y poder dar una buena educación a mi hijo y estar con él*

En **segundo lugar** 'Deseos de mejora personal: recuperar salud, economía, la propia vida'. Después de la consideración hacia los hijos recogida como primera y mayoritaria opción en el punto anterior, se recoge como principales razones la toma de conciencia de la falta de salud, de enfermedades físicas y la necesidad de reconocerse y recuperarse como personas, sentir dignidad y libertad. Por lo tanto, llegan a los tratamientos más tarde, cuando ya no 'deben' cuidar a nadie y por esta razón, ya no se sienten juzgadas ni cuestionadas, sólo entonces deciden cuidarse:

*Estaba muy mal, si no entraba en tratamiento, el alcohol acababa conmigo. He estado muy mal físicamente*

*Físicos, el hígado estaba mal y, también, las ganas de curarme*

*Hace un año me diagnosticaron cáncer, he tenido cuatro intervenciones y tratamiento de quimioterapia. Empecé a consumir a diario y en grandes cantidades, además por los problemas familiares que he padecido*

*Dejar las drogas y recuperarme como persona*

*El adelgazar cuidándome, dejar la droga y volver a mi hogar*

*Una situación de enfermedad, pancreatitis aguda*

*Mi curación completa*

*Mi salud*

*Mi salud y el sufrimiento causado a la gente de mi alrededor*

*Volver a ser una persona autónoma, con mi personalidad, el mejorar mi situación familiar y encarrilar mi vida*

*Ver la vida de otra manera, querer cambiar de vida. Ser alguien digno y libre*

En **tercer lugar** 'Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda'. No sólo se reconoce el sufrimiento a nivel emocional, sino incluso se lleva a cabo intentos para poner fin a la propia vida y no padecerlo más:

*Anteriormente en muchas ocasiones he dejado el alcohol y la cocaína yo sola, pero esta vez no he podido. Este año pasado me he querido matar literalmente, el fallecimiento de mi marido fue un detonante. Al principio no fui consciente de lo que se me venía encima. Me dediqué a trabajar como una loca para pagar las deudas que me dejó después de fallecer, el no superar su pérdida y tener que dejar a mis hijos con mi hermana para poder trabajar en hostelería... todo esto se me vino encima y me hundí de tal forma, que no quería ni levantarme*

*El ver que de otra forma no iba a superar mi problema y por mis hijas y familia*

*El estar al borde de la muerte*

*Esta es mi última carta, porque si llego a tocar más fondo, desaparezco*

*Estaba cruzando la línea de muerte*

*Estaba destruyendo a mi familia, y yo misma, era un infierno, un sin vivir*

*Me intenté suicidar. Mis padres me dijeron lo bien que iba a estar aquí. También he vuelto a recuperar a mi pareja, familia y amigos*

*Me veía incapaz de salir de las drogas y pensé que mi vida no valía para nada. He intentado quitarme la vida en tres ocasiones y esa no es la solución*

*Ya no tenía ilusión por nada*

*Ya sólo me quedaba la muerte*

*Yo misma, querer salir de este pozo que me llevaba a la muerte*

En **cuarta posición** 'Necesidad de cambio, por hacer una vida normal'. No desear vivir como antes, querer cambiar de vida, conseguir vivir con dignidad y sentirse una persona normal:

*El deseo de sentirme una persona normal*

*El no perder la custodia de mis hijas y el no acabar muy mal yo misma. Aprender de otra manera, con una vida digna*

*El no querer la vida de antes, no era feliz, el querer tener una vida digna y poder tener una familia normal*

*El no querer seguir viviendo de esa manera*

*Para cambiar de vida*

*Para curarme, porque hago daño a las personas que verdaderamente les importo y porque si seguía consumiendo ya no tendría vida*

*Poner fin a un mundo oscuro y ver cómo es la vida sin alcohol*

Deseo de cambio de vida, dejar atrás la oscuridad, el miedo, la muerte, testimonios que transmiten una sensación de mayor dramatismo, de situación más extrema que los hombres:

En **quinto lugar** 'Por presiones externas: razones judiciales, laborales'. Problemas y requerimientos judiciales, amenazas de despido laboral:

*Aparte de mis problemas judiciales, me gustaría acercarme más a mi hija, pero creo que son demasiados años los que no he estado con mi familia y soy para ellos una perfecta desconocida*

*Dejar la cocaína por mis hijos y mi madre*

*Me ha llevado a tener por primera vez problemas con la justicia, denuncia, juicio, orden de alejamiento*

*Si no me despedían de la empresa*

*Cuestiones laborales*

*Al principio sólo era porque estaba Diputación, pero me di cuenta de que tenía que hacerlo por mí misma*

*Decisión de servicios sociales y mi miedo a perder a mi hija*

En **sexto lugar** es la suma de diversas circunstancias las que confluyen en la motivación para iniciar el tratamiento actual. Entre ellas se encuentra la aceptación de la enfermedad y la toma de conciencia del rechazo familiar o social que produce la enfermedad:

*Por una vez por todas, conocerme a mí misma y la raíz de mi consumo. Aprender a superar mis miedos y a vivir siendo libre. Por mí y por mi hijo y familia. Sentirme bien conmigo misma y valorarme*

*Primero por mí misma, quiero que sea la última vez que estoy en tratamiento, también lo hago por mi madre y mi pareja, que le quiero más que nada en este mundo*

*Propias, sin presiones externas. Ser consciente de mi problema y de la necesidad de tratamiento 'más intensivo, específico y largo'. Ver cómo los problemas se agudizan y evolucionan a más con los años*

*Reconocer que el alcoholismo es una enfermedad que tengo que cuidar toda la vida*

*Sobre todo el rechazo familiar y sentirme sola y con un problema de adicción que sin ellos y sin ayuda no me veía capaz de afrontar*

En **séptima posición** 'Por el reto personal de mantener la abstinencia':

*Porque no quiero beber*

*Porque quería parar de beber y ser la persona que he sido antes*

*Terminar con el consumo de una vez por todas: ser feliz con mis hijos y familia*

*Quería de una vez por todas dejar el alcohol y todo lo negativo que conlleva*

En **octavo lugar** 'Por sentimientos y pensamientos negativos'. Relaciones de rechazo familiar o social, estados depresivos, duelos no superados:

*La vergüenza y la depresión*

*No superar la muerte de mi madre. No encontrar un equilibrio en mi vida. Llegar a consumir para ir a trabajar y trabajar para consumir*

Por último, en **noveno lugar** porque 'La pareja está en prisión o en tratamiento'. Las mujeres inician un tratamiento porque sus parejas no están con ellas, quizá porque en ese momento vital, sus deseos se supeditan a los hábitos y/o deseos de la pareja:

*Por mi pareja, él está por judiciales*

*Que mi chico ingresaba en proyecto hombre o tendría que entrar preso y yo pues estoy donde él esté, pero yo también tengo problemas*

Como se observa, ni hombres ni mujeres inician un tratamiento por razones relacionadas con experiencias de violencia o maltrato, sí lo hacen por la necesidad de llevar una vida normal, por la percepción de haber tocado fondo y por el descontrol vital que produce la dependencia.

**Tabla 26. Razones o motivaciones en hombres y mujeres para iniciar un tratamiento por drogodependencia (en orden al número de aportaciones)**

Hombres (N = 129)	Mujeres (N = 98)
100 aportaciones (del 77,5% del total)	89 aportaciones (del 90,8% del total)
1. <b>Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda</b>	1. Recuperación o deseo de ejercer el rol maternal
2. <b>Deseos de mejora personal: recuperar salud, economía, la propia vida</b>	2. <b>Deseos de mejora personal: recuperar salud, economía, la propia vida</b>
3. <b>Por el reto personal o ante otros de mantener la abstinencia</b>	3. <b>Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda</b>
4. <b>Necesidad de cambio, hacer una 'vida normal'</b>	4. <b>Necesidad de cambio, hacer una 'vida normal'</b>
5. <b>Por sentimientos y pensamientos negativos</b>	5. <b>Por presiones externas: razones judiciales, laborales,</b>
6. <b>Por presiones externas: razones judiciales, familiares</b>	6. Diversas circunstancias confluyen en la motivación para iniciar el tratamiento actual
	7. <b>Por el reto personal o ante otros de mantener la abstinencia</b>
	8. <b>Por sentimientos y pensamientos negativos</b>
	9. La pareja está en prisión o en tratamiento

Los hombres atribuyen directamente motivos o razones personales tras un largo proceso de fracaso, y también de pérdida, de sus roles sociales impuestos: el laboral, familiar, de pareja. Ellos son más conscientes, en este momento, de la trayectoria desarrollada y de sus expectativas futuras.

Las razones exclusivas que señalan las mujeres para iniciar un tratamiento son: recuperar el rol maternal, la suma de diversas circunstancias y porque la pareja también está en prisión o en tratamiento.

#### 5.4. Expectativas y aspectos de mejora de los tratamientos y su relación con la violencia padecida

El tercer objetivo de este estudio planteaba la valoración que hombres y mujeres participantes realizan con respecto a la ayuda profesional recibida en relación a su problemática, en cuanto a la oportunidad que esta ofrece para cambiar sus vidas y en qué cosas puede ayudar el tratamiento en este sentido. Interpretar si en este punto, hombres y mujeres declaran algún aspecto del trabajo terapéutico realizado relativo a las experiencias de violencia vividas.

Siguiendo con el orden relativo a la frecuencia de respuestas, los hombres y las mujeres responden con los siguientes aspectos de mejora en sus vidas. La pregunta fue formulada así: *¿Cree que finalizar un tratamiento para dejar las drogas es una experiencia que le va a ayudar en su vida futura?, 1. Sí, mucho, 2. Bastante, 3. Nada, 0 Ns.Nc. ¿En qué cosas?*

La primera parte de la pregunta tiene tratamiento cuantitativo, mostrándose a continuación los datos ofrecidos por los y las participantes (Tabla 27):

**Tabla 27. Creencia de ayuda del tratamiento actual por sexos (%).**

	Hombres (N = 129)	Mujeres (N = 98)
Sí, mucho.	70,9	78,1
Bastante	23,6	17,7
Nada	1,6	-
Ns.Nc	3,9	4,2
TOTAL	100	100

Como se aprecia, las mujeres tienen una percepción más optimista de la ayuda ofrecida por el tratamiento que los hombres. Un porcentaje mayor de éstas, el 78,1% frente al 70,9%, opina que el tratamiento actual es una experiencia que les ayuda mucho a mejorar o cambiar.

Las narraciones aportadas por los hombres han sido 111, que corresponde al 86% de la muestra masculina y las de las mujeres fue de 90, que representa al 91,8% de la muestra femenina. Son más las mujeres que hombres las que responden a esta cuestión. Podría parecer que hacen una valoración más positiva de la experiencia, que reconocen más y mejor que los hombres en qué cosas va a beneficiarlas hacer un tratamiento, que evalúan mejor el camino recorrido, o que quizá agradecen más el hecho de haberla experimentado.

##### 5.4.1. Aspectos de mejora que ha ofrecido el tratamiento en los hombres

Siguiendo con el orden relativo a la frecuencia de respuestas, los hombres responden con las siguientes percepciones de mejora en sus vidas tras el proceso. En **primer lugar** está 'Conseguir afrontar los problemas de la vida sin consumos de sustancias', a través de lo cual se reconoce la necesidad de cambiar hábitos, entendiendo por éstos, conductas, sentimientos y pensamientos:

*Afrontar la vida de otra manera*

*Cambiar hábitos de vida*

*Cambiar hábitos, corregir errores, canalizar la frustración y tener otra forma de vida muy distinta*

*Cambios de percepción, mejora de la relación interpersonal*

*En cambio de hábitos, en crecer como persona, en autoestima*

*En el cambio de hábitos. Saber gestionar mejor los problemas y saber identificar los sentimientos.*

En **segundo**, 'La proyección de expectativas, ilusiones, deseos, esperanzas', de cara a una vida mejor, donde se manifiesta igualmente la importancia de aumentar la comunicación con familiares y personas cercanas, finalizar estudios, conseguir tranquilidad interior, un tiempo libre sin drogas, valoración personal positiva, formar una familia, hacer felices a las personas queridas:

*A afrontar la vida y las cosas o problemas desde otro punto de vista. Saber dar la vuelta a los problemas sin escapar recurriendo a drogas. Valorarme y valorar a los demás. Ser más sociable. Tener claro lo que quiero hacer con mi vida sin herir a los demás*

*Al cambio de hábitos, tener otra rutina distinta, me gustaría acabar los estudios, a reconstruir la vida familiar, ahora están aguantando. Quedarme tranquilo con lo que hago, a trabajar la frustración*

*En que es la vía a seguir, darle continuidad a los hábitos adquiridos, a la deshabitación de consumo, a una mejor relación familiar y resocialización positiva. Aficiones sanas, aprender a pedir ayuda cuando lo necesite*

*En sentirme que soy capaz de valorarme a mí mismo en cambiar amistades, en no delinquir, en tener un trabajo, una novia, una casa y formar una familia, en hacer feliz a mi hermana y su familia*

*Para conocerte mejor y echar la vista atrás y saber por qué he llegado a tener dependencia de las drogas. Te ayuda a recuperar la autoestima y sentirte libre, poder realizar una vida normal*

*En todo, a nivel de salud tener hábitos saludables; a nivel económico sobre todo; a recuperar a mi familia, mi pareja, y construir un mundo nuevo sin drogas, que es lo que más me llama la atención*

En **tercer lugar** 'Afianzar y mejorar responsabilidades familiares o laborales'. Se destaca el mejoramiento en el rol de padre, de pareja, de trabajador:

*Como padre; en el trabajo; llevar una vida normal*

*Con mi hija a volver a ser persona no consumidora*

*Con mi mujer y mi hijo*

*Con mis hijos*

*En afianzarme de nuevo con mi familia*

En **cuarto**, el tratamiento ha ayudado a 'Aumentar el conocimiento personal, para ganar en confianza y seguridad'. Aceptarse como se es, aceptar momentos emocionalmente bajos sin escapar con el consumo de drogas:

*A conocerme y aceptarme como soy y como me siento, a tener capacidad de poder estar mal sin venirme abajo o recurrir a las drogas*

*En conocerme mejor y cerrar las puertas a la cocaína*

*En enfrentarme a dificultades, antes no sabía*

En **quinto lugar**, el 'Deseo de lograr una nueva vida', adquirir nuevos valores:

*A empezar una nueva vida. Conseguir valores que antes no tenía*

*A la hora de hacer una vida más completa y arreglar situaciones conflictivas familiares*

Y en **último lugar**, 'Potenciar la autoestima, autocontrol, autonomía':

*A coger una rutina y una vida ordenada y a que la familia vuelva a tener confianza en mí*

#### **5.4.2. Aspectos de mejora que ha ofrecido el tratamiento en las mujeres**

En **primer lugar** están 'Mejorar las relaciones familiares, con los-as hijos-as, con amigos-as': Una vez más aparecen los-as demás como elemento central. Mientras que en los hombres aparecen razones propias también en esta cuestión, al igual que ocurrió en las razones para iniciar el consumo de sustancias y en las de por qué o para qué iniciar un tratamiento, en las mujeres están principalmente los motivos que las vinculan a los-as otros-as:

*Para realizarme como persona y madre. Ser feliz con mis hijos, volver a salir con mis amigos. Para estar bien con mis padres y mis hermanos.*

*En la relación con mi hijo que en realidad es lo que me importa por no decir lo único*

*Llevarme mejor con mi madre y hacer mi propio lugar con mi pareja, estar independiente y disfrutar de la vida que hasta ahora no he podido*

*En hábitos, conductas, responsabilidades, a preocuparme realmente de buscar trabajo, en dar importancia a las pequeñas cosas, en la relación familiar o pareja, en tener una estabilidad, en estar yo bien física y psicológicamente*

*En poder estar con mi hijo y de otra manera más positiva. Formar mi propia familia y vivir en vez de sobrevivir*

*En que no quiero, volver a vivir el infierno de antes. La vida que llevo y lleva mi familia  
ahora, no la cambio por nada en el mundo*

*En recuperar a mi familia, mi vida, mi libertad y educar a mi hijo con los cinco sentidos,  
pero sobre todo recuperar la libertad*

*Quiero dejar el alcohol para siempre, me crea muchos sentimientos de culpabilidad*

*Para poder tener un trabajo y mantenerlo. En tener relaciones afectivas y de pareja,  
mejores relaciones familiares.*

El **segundo lugar** lo ocupa 'Aumentar el conocimiento personal para ganar en confianza y seguridad':

*A la hora de tener relaciones sanas, a reafirmarme en decisiones, a tener autoestima  
y quererme*

*A volver a encaminar mi vida y coger seguridad sin necesidad de drogarme*

*Aprender a tener una escala de valores un aprendizaje en la vida real, saber socializar  
sin usar ninguna droga y respetarme a mi misma y a los demás*

*Aquí he aprendido a ser yo misma, quitarme los miedos aceptarme como soy, cambiar  
malos hábitos, volver a ser feliz, tranquila al dejar de sentir culpabilidad por todo,  
asumir mis errores y valorarme*

*Cambio personal, ver el mundo desde otra perspectiva, conocerme mejor a mí misma*

*Me ayudará a conocerme mejor, a saber con qué cosas tengo que luchar y trabajar  
para no volver a recaer y a coger una disciplina y una constancia con las cosas*

*En saber valorarme, buscar una persona que me quiera por lo que soy, quererme yo  
misma*

*En conocerme y ver cuáles son mis dificultades*

En **tercer lugar**, 'Potenciar la autoestima, autocontrol, autonomía':

*Valorarme y quererme a mí misma, influir en la vida de mis hijas y llevar una vida  
digna*

*Cambio de hábitos, conseguir orden, tener herramientas para no recaer, saber cómo  
soy de verdad, poder pararme frente al espejo, crearme ilusiones y darle valor al  
esfuerzo*

*Aumento de mi autoestima, capacidad de superación, autocontrol, mayor amor propio.  
Mejor salud*

*Autocontrol, conocerme cómo actúo, analizar sentimientos y reacciones para poder  
frenarlo*

*Me siento otra persona, me valoro, me quiero y aprecio todo de otra forma diferente, mejor.*

En **cuarto**, 'A conseguir afrontar los problemas de la vida sin consumos de sustancias':

*En primer lugar me voy reforzada, porque llevo sin consumir 6 meses y estoy haciendo cosas fuera con mis hijos. Solucionar problemas sin consumir. Me voy con miedo, ese miedo que da la inseguridad a lo que me deparará el futuro con mis nuevos proyectos y a la incertidumbre de si me saldrá bien o mal*

En **quinta posición**, el mayor conocimiento y la toma de conciencia de las dificultades que ha facilitado el tratamiento, ha producido un 'Aumento de la responsabilidad frente sus propias acciones':

*En la responsabilidad que tengo frente al consumo y en la parte que yo pueda controlar y en lo que yo quiero hacer con mi vida, sobre todo ha sido un proceso de toma de conciencia real. Ahora me deja en una posición más delicada. He tomado conciencia de mi problema y sobre el que tengo la absoluta responsabilidad y capacidad de superar*

*No sé vivir sin drogas, debo y quiero aprender*

*Para dejar la droga tienes que terminar tratamiento, sólo entonces terminas curada, en el día a día es cuando se aprende*

En **sexto lugar**, 'A lograr una nueva vida':

*En cambiar de vida, en recuperar familia, amigos y empezar una situación normal de vida, laboral, social, de pareja, etc.*

*En llevar una vida más ordenada, más saludable, una vida normal en la que pases desapercibido, lo que sí que hay que tener claro es que siempre tienes que estar alerta*

Por **último**, el 'Agrupamiento de expectativas, ilusiones, deseos, esperanzas':

*Como punto de inflexión y ruptura con el pasado, gracias al trabajo y ayuda de especialistas y por el trabajo personal realizado, como tiempo de reflexión, mayor claridad y comprensión a cerca de uno mismo y de aquello que es realmente la base del problema (la adicción como un 'reflejo'), etc.*

*Demostrarme a mí misma que puedo hacerlo (desarrollo personal), evitar posibles situaciones con mi hija, poder evolucionar laboralmente*

Los hombres y las mujeres responden que la realización de un tratamiento es una experiencia esperanzadora, con expectativas de cambio hacia una nueva vida y que les aporta un mayor conocimiento de sí mismos-as frente a dificultades presentes y venideras. En general, a las mujeres,

la finalización de este tratamiento va a ayudarles a cumplir mandatos culturales en primer lugar (familia, hijos-as, pareja), en segundo, conseguir autoestima, fuerza, confianza, autocontrol, amor propio, al cambio de hábitos.

La valoración que realizan sobre la creencia de ayuda que el tratamiento actual les aporta se muestra en la siguiente Tabla 28:

**Tabla 28. Los aspectos de mejora en las vidas de los hombres y mujeres participantes que el tratamiento permite-permitirá conseguir (en orden al número de aportaciones)**

Hombres (N = 129)	Mujeres (N = 98)
111 aportaciones (del 86% del total)	90 aportaciones (del 91,8% del total)
1. <b>A conseguir afrontar los problemas de la vida sin consumos de sustancias</b>	1. Cuestiones relacionales: familiares, hijos-as
2. Agrupamiento de expectativas, ilusiones, deseos, esperanzas	2. Aumentar el conocimiento personal para ganar en confianza y seguridad
3. Cuestiones relacionales: familiares, hijos-as	3. Potenciar la autoestima, autocontrol, autonomía.
4. Aumentar el conocimiento personal para ganar en confianza y seguridad	4. <b>A conseguir afrontar los problemas de la vida sin consumos de sustancias</b>
5. A lograr una nueva vida	5. Al aumento de la responsabilidad frente sus propias acciones
6. Potenciar la autoestima, autocontrol, autonomía.	6. A lograr una nueva vida
	7. Agrupamiento de expectativas, ilusiones, deseos, esperanzas

En los hombres, la primera opción seleccionada por la mayoría de los participantes es que un tratamiento va ayudarles 'A conseguir afrontar los problemas de la vida sin consumos de sustancias', la segunda, 'Agrupación de expectativas, proyección de ilusiones, deseos, esperanzas, y la tercera, 'Cuestiones relacionales: familiares, hijos-as'. En las dos primeras categorías seleccionadas aparece la idea de lograr responder a las exigencias de la vida sin el consumo de sustancias.

Las mujeres por su parte han seleccionado en primer lugar las cuestiones relacionales, familiares y con los hijos-as. En segundo y tercer lugar, 'Aumentar el conocimiento personal para ganar en confianza y seguridad' y 'Potenciar cuestiones personales (autoestima, autocontrol, autonomía, etc.)'.

### 5.5. Aspectos deficitarios y causas de abandono de los tratamientos anteriores

Complementariamente a esta cuestión, el cuarto objetivo planteado en este estudio es, por una parte, descubrir qué cuestiones son las que los hombres y mujeres han percibido deficitarias en relación con sus tratamientos y que, sin embargo, consideran como importantes, por otra, conocer las razones por las que, en el caso de que hubiera habido y fuera el caso, se abandonaron los tratamientos anteriores y por último, indagar si entre estas cuestiones se nombran carencias en relación con el trabajo terapéutico realizado con-de-en las experiencias de violencia experimentadas.

Se pretende esclarecer si el programa responde a las necesidades personales de los y las participantes y conocer la valoración de los participantes sobre si existen carencias en los programas de tratamiento, con el objetivo de ver si aparecen las experiencias de violencia vividas como catalizador de movimientos o decisiones en alguna dirección.

Se han obtenido 97 aportaciones narradas por el 76,4% de los participantes y 68 de las mujeres, correspondientes al 69,4%. La pregunta realizada fue: *¿Qué echa de menos en su tratamiento?*. Son más los hombres que han respondido a esta cuestión, quizá por ser más conscientes de lo que reclaman, de lo que les falta, de poder-saber pedir lo que necesitan más fácilmente que las mujeres. En este sentido, los hombres actúan, accionan, reaccionan por ellos y para ellos, mientras que para las mujeres las necesidades de otros-as, o impuestas por otros-as, están en primera posición, pero... ¿y las propias?.

### 5.5.1. Aspectos deficitarios en el tratamiento en los hombres

La **primera cuestión** señalada por los hombres como deficitaria en sus tratamientos según el número de aportaciones realizadas, ha sido sobre aspectos relativos a la estructura o la forma del mismo: necesidad de más espacios de terapia, más atención, desear disponer de un seguimiento a la salida del centro, realizar más actividad, más deporte, más salidas, el sobreesfuerzo que supone la asistencia diaria al centro, más coordinación entre el equipo profesional:

*El tratamiento es completo pero en los grupos de autoayuda somos muchos y no da tiempo a hablar de todo lo que necesito*

*La terapia grupal*

*Más terapias individuales*

*Creo que todos los tratamientos fallan en lo mismo, en la reinserción. Estoy curado, ¿ahora qué?*

*El no poder andar con personas positivas y no poder salir de juerga*

*El tener que venir todos los días y juntarme con gente que no es de mi agrado*

*Más atención*

*Más coordinación entre educadores y terapeutas, hacer cosas nuevas como música, o aprender expresión corporal para quitar vergüenzas y en vez de ver una película, hacer un fórum*

*Más tacto y más deporte, salidas al aire libre*

*Poder escapar de la presión que supone el programa. Tomar un 'txikito' en ciertas comidas con mi familia. Se echa de menos lo que no se tiene*

*Poder estar sólo, más intimidad y soledad*

*Poder tener relaciones sexuales sin pedir permiso*

*La tranquilidad*

*Un poco de libertad y confianza*

*Un poco de música, un poco más de flexibilidad en los horarios*

*Libertad y dinero*

*Mi libertad de opinión, decisión...*

En **segundo lugar** señalan que echan de menos las relaciones familiares, las de parejas o exparejas, amigos y las laborales:

*A mi ex-mujer e hijos. A tener un desahogo económico (fruto del trabajo) que me permita asumir mis responsabilidades y poder estudiar*

*A mi familia y amigos*

*A mi familia y mi pareja*

*A mi familia, pero más a mi exnovia. Estoy con interés en el tratamiento y acepto la distancia. Necesito pensar en mí y acabar bien lo que empecé voluntariamente*

*A mi hija, la familia y la libertad*

*A mi mujer y a mi hijo*

*El apoyo de cierta gente; amigos, expareja, hermanos, que no están cerca de mí en estos momentos*

*El ver más a mi hermana, el poder localizar algún tío o primo*

En **tercer lugar** el trabajo, como faceta importante, al igual que hacer deporte. Ambas son generalmente actividades propias, ajenas al entorno familiar y en algunos casos libremente elegidas, que aportan realización y crecimiento personal. Educados para la competitividad en ambos contextos y como aspectos importantes para la identidad masculina, en estas respuestas se muestra el deseo de recuperar ambas actividades desde un presente nuevo:

*Ahora nada, lo tengo todo, lo único el trabajo*

*El trabajo*

*El trabajo y el deporte*

En **cuarto lugar** lo ocupan respuestas que recogen el deseo insatisfecho de consumir drogas, de volver a vivir esas experiencias. Cuando únicamente se echa de menos el consumo de drogas en un periodo de tratamiento, lo lógico es pensar que los hombres que responden así estén en el mismo por imposición externa. Es posible que si la única falta que aparece en el tratamiento es la de la sustancia, estos hombres se encuentren en fases precontemplativas o contemplativas del cambio y que éste no prospere en el futuro:

*En este momento, las drogas*

*Pareja, sexo y Cannabis*

*Speed*

En **quinto lugar**, se han registrado respuestas que dicen no necesitar nada, no echar nada en falta:

*No echo de menos nada*

*Nada, creo en el tratamiento y confío en la gente que está aquí. Creo en la fuerza del grupo de compañeros, de comunidad y también en el grupo de reinserción. Creo en mí y en ellos.*

En **último lugar**, aparecen reflexiones personales sobre el momento actual y expectativas de futuro:

*Que no fuera hace diez años, cuando me di cuenta de que sólo hay un camino*

*Que se acaba y no sé si es el momento*

### **5.5.2. Aspectos deficitarios en el tratamiento en las mujeres**

En las mujeres aparecen las cuestiones siguientes como aspectos deficitarios en los tratamientos que reciben. En **primer lugar** están cuestiones relativas al tratamiento, el deseo de que éste fuera de otra forma, o emociones que surgen a raíz de las experiencias que el programa limita, impide o no dispone para ellas. Las mujeres piden la presencia de iguales, o más número de éstas, o trabajo terapéutico específico para ellas. La necesidad de reconocerse entre las iguales, que otras mujeres sirvan de puntos de referencia a la hora de sentir, pensar y hacer, poder relacionarse y comunicarse, de primeras, sin cuestionamientos con otras compañeras. También comentan más espacios terapéuticos, más ayuda profesional:

*El que haya más mujeres en el tratamiento*

*Grupos para mujeres, vienen muy machacadas de la calle y con muy pocos valores*

*Que haya alguna chica más en la casa; son todo hombres y se hace difícil*

*Posiblemente más horas de trabajo específico sobre nuestra adicción, con psicólogos, etc.*

*Que el terapeuta tenga menos carga laboral y no esté tan saturado, porque le afecta a él e indirectamente a nosotros. Más personal en este centro*

*Mejor relación con los compañeros y más sinceridad*

*Las reuniones de terapia. Eran los viernes, las echo de menos desde que comenzaron a darme las salidas y ya no volví a ninguna de ellas. Y yo las considero muy importantes para todos. Da igual en qué parte del tratamiento estemos, pienso que*

*nos viene bien a todos en general. Es como un repaso a nuestra propia conciencia, a nuestra vida*

En **segundo lugar**, las relaciones familiares, de amigas, laborales. Se echa de menos el apoyo familiar, una relación de pareja, estar con amigas de fiesta:

*A mi familia. El apoyo de mi madre*

*A mi madre, marido e hijos*

*A mi pareja, me siento culpable porque le hice mucho daño y no sé cómo remediarlo o cambiar el tiempo*

*La falta de una pareja para poder hablar*

*La noche, el trabajo. Estar con música y amigas alrededor*

*El trabajo*

En **tercer lugar**, espacios propios, libertad:

*Estar libre, pero eso también cuando me estaba drogando*

*Libertad, no tener unos ojos pendientes de mí*

*Libertad para opinar lo que está mal, que no lo puedo decir*

*La necesidad de tener mis espacios para estar sola*

*Mi casa, mi espacio*

**Tabla 29. Cuestiones que los hombres y las mujeres han percibido deficitarias en relación a los tratamientos (en orden al número de aportaciones)**

<b>Hombres (N = 129)</b>	<b>Mujeres (N = 98)</b>
97 aportaciones (76,4% del total)	68 aportaciones (69,4% del total)
Cuestiones relativas al tratamiento: el deseo de que éste fuera de otra forma, emociones y experiencias que el programa limita o impide (más atención y terapias, poder hacer lo que se quiera sin normas)	Cuestiones relativas al tratamiento, el deseo de que éste fuera de otra forma, o emociones y experiencias que el programa limita o impide (necesidad de la presencia de iguales, trabajo sobre las emociones)
Las relaciones, familiares sobre todo, también las de amigos y laborales	Las relaciones, familiares sobre todo, también las de amigos, laborales
El trabajo, deporte, como facetas importantes	Espacios propios, libertad
Nada, bien por no necesitarlo o por no haber pensado en ello	
En algunos casos son reflexiones personales sobre el momento actual y expectativas de futuro	

Parece que en los hombres prima la necesidad de que otros satisfagan los cuidados, las necesidades propias, sentir protección materna, o de las novias, o de familia en general.

En ellas, el vínculo intragénero como sostén y apoyo, generador de autoestima, sentirse entendidas entre iguales, el trabajo sobre las emociones que permite entenderse y entender a las demás iguales en primer lugar.

### 5.5.3. Causas de abandono de los tratamientos anteriores en los hombres

Esta pregunta tiene una modalidad de respuesta cuantitativa, con nueve opciones de respuesta múltiple, siendo la última de ellas la posibilidad de describir las razones no contempladas en las opciones ya detalladas previamente en la misma pregunta. Este análisis está ampliado en la parte cuantitativa de este trabajo, aunque se trae aquí la información general para ayudar a situar las respuestas abiertas ofrecidas por las personas participantes.

La pregunta que recoge este grupo de respuestas es *¿Por qué puso fin a los tratamientos anteriores?*, con las siguientes opciones de respuesta. La última opción es la pregunta abierta.

**Tabla 30. Por qué razón se puso fin a los tratamientos anteriores (respuesta múltiple)**

	Hombres (%)	Mujeres (%)
<b>El tratamiento finalizó</b>	27,9	27,6
<b>Porque pensaba que estaba curado-a</b>	24,8	17,3
<b>Tuve problemas con compañeros-as</b>	0,8	4,1
<b>No era mi momento de dejarlo</b>	17,1	13,3
<b>Porque conocí a un chico-a en el tratamiento y abandonamos</b>	3,9	8,2
<b>No me sentí acompañado-a ni comprendido-a</b>	3,1	3,1
<b>Pensaba que no me ayudaban</b>	16,3	7,1
<b>Otros (pregunta abierta)</b>	7,8	11,2

Respecto de las razones por las cuales se puso fin a los tratamientos anteriores, los hombres obtienen porcentajes más altos en: 'porque pensaba que estaba curado-a' (24,8%) 'no era mi momento de dejarlo' (17,1%) y 'porque pensaba que no me ayudaban' (16,3%). Las mujeres alegaron que 'pensaba que ya estaba curada' (17,3%), 'no era mi momento de dejarlo' (13,3%), 'Porque conocí a un chico en el tratamiento y abandonamos' (8,2%), 'tuve problemas con los compañeros-as' (4,1%).

Entre las razones narradas que aducen los hombres para abandonar los tratamientos y que no están recogidas entre las anteriores, figuran las siguientes:

Problemas relacionados con demandas exteriores sobre todo de tipo laboral:

*Debido a un problema laboral de reunificación de empresas que no pude soportar y llevarlo adecuadamente*

*El centro de día interfería en mi vida laboral*

Expulsiones por varias razones: consumo de sustancias, agresión a un educador:

*En metadona me han expulsado por consumos*

*Por pegar a un educador*

Otras cuestiones relativas al centro o al servicio:

*Porque me parecía mala persona la directora del centro*

*Porque realmente no me ayudaron y abandoné*

Crisis puntuales que no se resolvieron durante el tiempo de tratamiento, por creer no necesitarlo, por poder volver al entorno familiar aún sin finalizar, por estar en tratamiento no por propio deseo:

*Tuve problemas conmigo mismo; fuera, familiarmente, tenía todo arreglado y abandoné*

*La situación de mi vida en ese momento me indicó que era ya oportuno finalizar el tratamiento*

*No había ido por mi voluntad propia*

#### **5.5.4. Causas de abandono de los tratamientos anteriores en las mujeres**

Las de las mujeres, igualmente no recogidas entre las opciones de respuesta cerrada, son estas:

Expulsiones, sin especificar abiertamente la causa. Aunque cada centro tiene una normativa al respecto, generalmente las causas de expulsión en los centros de tratamiento son el consumo de sustancias y relaciones sexuales en los propios centros o agresiones físicas o verbales reiteradas.

*Me expulsaron*

*Me expulsaron o me fui, no lo sé*

Abandono por una alternativa terapéutica más idónea.

*Empeoré y pensé que necesitaba ingresar en una comunidad terapéutica*

*Pensé que éste tratamiento era mejor*

Por las condiciones del tratamiento, o limitaciones personales, que no fueron superadas. Entre ellas elegir el mantenimiento de la relación de pareja ante el planteamiento por parte del equipo terapéutico de la elección entre el tratamiento o la relación.

*Me dijeron que dejara la relación de pareja porque era consumidora y decidí dejar el programa*

*Fallaron los apoyos externos*

*No había tocado fondo y no lograba mantener la abstinencia*

*No me ayudaron, del primer tratamiento no me gustaba la filosofía, del segundo salí de alta*

*Por cobardía para enfrentarme al día a día*

Las razones por las cuales los hombres y las mujeres abandonaron los tratamientos anteriores aparecen en la Tabla 31:

**Tabla 31. Razones de abandono de los tratamientos anteriores (en orden al número de aportaciones)**

Hombres (N = 129)	Mujeres (N = 98)
Problemas relacionados con demandas exteriores	Expulsiones
Expulsiones	Encuentro de alternativa más idónea
Problemas con el planteamiento del centro	Condicionantes del tratamiento, limitaciones personales
No haber asistido por propia voluntad	
Decidir abandonar	

En el caso de los varones como causas de abandono están presentes las demandas laborales y cuestiones sobre los saltos de norma fundamentales, como agresiones al staff o a compañeros-as.

En las mujeres se nombran las expulsiones, el empeoramiento en el centro, el fallo de apoyos externos, la cobardía, es decir, determinados hechos y sentimientos pero sin especificar el por qué, o el para qué, esto es, la verdadera causa o razón 'profunda' de ello.

## **5.6. Experiencias vividas de violencia y/o maltrato y su relación temporal con el consumo de drogas y la drogodependencia**

Esta 3ª Dimensión intenta responder al objetivo cinco: Indagar, explorar y conocer qué experiencias de violencia y maltrato individuales declaran haber experimentado los hombres y las mujeres, antes y durante la drogodependencia y durante el-los tratamientos. Descubrir por qué se sintieron maltratados o maltratadas y qué tipo de violencia se experimentó.

Se preguntó por la vivencia de experiencias de violencia y maltrato:

1. Antes de la drogodependencia
2. Durante la drogodependencia
3. Durante el tratamiento, por parte del propio centro y por parte de alguna persona cercana

La Tabla 32 (p. 151) recoge un resumen del número de personas que declaran haber experimentado maltrato y número de aportaciones ofrecidas según los tipos de maltrato sufrido por cada uno de los tiempos detallados anteriormente. Para una definición de cada tipo de maltrato, véanse las Tablas 18 y 19 (p. 85).

Este primer punto explora las experiencias de violencia o maltrato antes de la drogodependencia en las personas participantes.

### 5.6.1. Maltrato antes de la drogodependencia

En el cuestionario se solicitó narrar o detallar la o las situaciones de maltrato sufridas. En concreto se preguntó: *¿en qué aspectos se ha sentido maltratado-a por esta-s persona-s (padre, madre, hijos-as, hermanos-as, pareja, otras personas)? ¿qué paso?*.

Como se verá a continuación, algunas respuestas están contextualizadas muy claramente, nombrando al maltratador-a, el momento en el que ocurrió, dónde se produjo, los antecedentes, las consecuencias, la frecuencia y la intensidad. En otras ocasiones, sólo se especifica el tipo de violencia.

#### 5.6.1.1. Maltrato antes de la drogodependencia experimentado por los hombres

Las respuestas ofrecidas por los hombres se han podido agrupar en categorías por tipos de violencia que hombres y mujeres han experimentado. Los diversos tipos de violencia experimentados por los hombres son:

##### Maltrato psicológico

Este tipo de maltrato aparece en acciones no accidentales que conllevan un daño o riesgo para la integridad psíquica de la víctima, en forma de amenaza, insulto, humillación, desprecio, rechazo afectivo, así como bloqueo de las iniciativas de interacción, aislamiento, incomunicación, etc. (Emakunde, 2006; Emakunde, 2008; Instituto de la Mujer, 2006 y Consejo de Europa, 2002). En esta definición y en las siguientes no hay una diferenciación o especificación de lo que puede ser considerado maltrato para cada sexo, cuestión importante no definida aún por la literatura.

Este tipo de maltrato igualmente proviene generalmente del padre, de la madre, hermanos y pareja del padre y de la propia pareja. El maltrato psicológico va asociado a discusiones, manipulaciones, falta de afecto, menosprecio, falta de consideración, falta de apoyo, rechazo, humillaciones, maltrato hacia objetos propios, comparaciones con otros-as. Con respecto a la frecuencia o intensidad, entre las respuestas aparecen generalizaciones en el tiempo: nunca y siempre:

*Desde niño, mi padre estaba loco y nunca ha razonado*

*Discusiones con mi madre, hermanos, parejas y padre*

*Manipulaciones, faltas de afecto*

*Mi padre llegaba borracho y me tiraba los libros al suelo*

*Menosprecio, poca valoración*

*No se me ha tenido en consideración*

*Nunca me han hecho caso. Nunca me he sentido querido ni apoyado por ellos (padre y madre)*

*Me he sentido rechazado, humillado, despreciado, utilizado por la pareja de mi padre*

*Siempre me comparaban o querían que fuese como otra persona*

*Con mi ex-pareja maltrato psicológico*

## Maltrato físico

Aparece en acciones de carácter no accidental que conllevan riesgo o daño para la integridad física de la víctima. Incluye: empujar, pegar, quemar, el uso de armas u objetos para agredir a la víctima (Emakunde, 2008; Instituto de la Mujer, 2006 y Consejo de Europa, 2002).

De las aportaciones ofrecidas por los hombres que describen maltrato físico, se aprecia que éste provenía de la figura paterna, de la materna y de los hermanos. Existe por tanto un maltrato intergeneracional e intrageneracional. Las respuestas detallan la existencia de toxicomanía en el entorno familiar, generalmente consumos de alcohol y por parte del padre. La violencia se producía durante estos consumos paternos, como una consecuencia directa de dichos consumos o como resultado de mediar en peleas entre los progenitores. La violencia también aparece en respuesta a los malos resultados académicos. Las narraciones detallan que el maltrato se realizaba con corta edad o en la adolescencia temprana, periodo vital en el que se conforma una identidad propia de género, generalmente desarrollada a partir del sexo al que se pertenece. Con respecto a la intensidad y frecuencia del maltrato, se habla de palizas, agresiones, empujones por las escaleras. En algunos casos el maltrato físico iba acompañado de insultos, menosprecio y minusvaloración:

*Me pegaba mi padre hasta los doce años que fui a otra casa con otra familia*

*Mi hermano borracho me tiró por las escaleras*

*Mi madre, me insultaba y pegaba (tenía cáncer y muchos cambios de humor). Mi hermano peleábamos alguna vez, nos insultábamos, con menosprecio, él tomaba y yo no. Con un jefe, porque él bebía y te trataba como una mierda*

*Mi padre cuando bebía chillaba y a veces, nos pegaba*

*Mi padre era licenciado en matemáticas, física. Todo el mundo le conocía, ayudaba más a la gente de la calle que a la familia. No soportaba que sacara malas notas*

*Mi padre es alcohólico y maltrataba a mi madre. Yo la defendía y me llevaba todos los golpes*

*Mi padre llegaba muy borracho y me agredía*

*Mi padre me pegaba mucho porque bebía  
Mi padre me pegaba siempre siendo pequeño, dándome palizas que yo no entendía*

*Mi padre y mi hermano me han dado bofetadas*

*Palizas por las notas de clase*

## Maltrato sexual

Se define como maltrato sexual aquellos comportamientos de naturaleza sexual realizados sin el consentimiento de la víctima (Emakunde, 2008; Instituto de la Mujer, 2006 y Consejo de Europa, 2002).

El maltrato sexual señalado por los hombres es descrito como abusos y agresión sexual, en edades tempranas y en los casos en los que se especifica quién lo produjo, éste proviene de familiares cercanos (primos) y hermanos. En algún caso, este tipo de maltrato va acompañado de violencia física:

*Abusaron de mí de pequeño*

*Abuso sexual por parte de un primo*

*Agresión sexual, maltratado físicamente*

*Era el juguete sexual de mi hermano mayor durante dos años, dormíamos en la misma habitación y mi padre murió cuando yo tenía 11 años y paró cuando yo le dije 'no', porque reuní fuerzas*

## Maltrato estructural

Se produce cuando se aísla o aleja a la víctima de familiares y amistades, impidiendo el contacto con ellos u obligar a vivir a distancia (Emakunde, 2008; Instituto de la Mujer, 2006 y Consejo de Europa, 2002). Esta definición de maltrato estructural se utiliza por ser estándar y complementaria a las otras formas de violencia definidas desde los organismos oficiales. La Violencia Estructural puede ser definida también en un sentido más amplio, como la que ejercen las estructuras patriarcales para mantener el poder y mantenerse en él, mediante la violencia de género (o de géneros) que no cumplan o satisfagan esta imposición desde el mismo poder, como se vio en la parte teórica.

Este tipo de maltrato aparece en situaciones de desamparo físico e ingreso forzoso en centro de internamiento. En la primera declaración proviene de una institución y en el segundo de la propia familia:

*Me metieron en el reformatorio y no me tutelaron, sin que mi madre lo supiera*

*El echarme de casa y el olvidarse de mí cuando vivía fuera*

## Maltrato económico

Se produce cuando se impide el acceso a la información, el manejo de dinero o de otros bienes económicos. Incluye conductas como el chantaje económico, control absoluto de los ingresos, impedir o limitar la participación en los bienes comunes, impedir el acceso a un puesto de trabajo o el impago de pensiones alimenticias (Emakunde, 2008; Instituto de la Mujer, 2006 y Consejo de Europa, 2002).

Este tipo de maltrato aparece vinculado a contextos de explotación laboral y a peticiones a la víctima de dinero:

*Por no darle el dinero que me pedía*

*Trabajo no retribuido; trabajar 54 horas al precio de 40; no valorar mi trabajo y exigir en exceso*

### **5.6.1.2. Maltrato antes de la drogodependencia experimentado por las mujeres**

Se recogen a continuación algunas experiencias de maltrato, según la tipología utilizada, que describen las mujeres de la muestra:

#### **Maltrato psicológico**

El maltrato psicológico proviene generalmente de padres, madres, hermanas, exmaridos, exparejas, exjefas y parejas en activo. En algunos casos, varias mujeres detallan en un mismo relato, además del maltrato psicológico, otros tipos de maltrato (físico, estructural, económico) y por parte de varias de estas figuras de referencia (madre, hermano, exjefas).

El maltrato procedente de padre y/o madre, aunque las mujeres nombran a sus madres con más asiduidad, consiste en desprecios, desvalorizaciones, insultos, humillaciones, amenazas, gritos, desprecios, falta de afectividad. Una mujer describe a su madre como alcohólica, la cual le insultaba, maltrataba, desatendía. Dos mujeres señalan haber vivido bullying en entornos escolares de compañeros-as y sentirse solas en estas experiencias.

*Desprecios e intentos de alejarme de sus vidas (por parte de la figura paterna y materna)*

*Me he sentido maltratada por echarme en cara que no era hija suya*

*Desvalorizaciones, insultos...*

*Maltrato psicológico; decir que no vales para nada; decir quién te va a querer si eres una inútil*

*Ex-marido insultos y la ex-jefa, desvaloraba como persona*

*Maltratada por mi exmarido psicológicamente*

*Mi ex-marido es muy violento y me maltrataba física y psicológicamente. Mi madre fue alcohólica y me maltrataba psicológicamente. Me insultaba y me desatendía. Mi hermano me pegó en varias ocasiones y me insultó. Una expareja me maltrató verbalmente*

*Maltrato psicológico por parte de mi padre, sobre todo hacia mi madre (humillaciones, descalificaciones, amenazas) y hacia mí de forma más puntual, con gritos, descalificaciones, humillaciones... delante de otras personas, con indiferencia*

*Me dejaban con la autoestima muy baja por los insultos que me decían en el recreo que estaba muy sola. Siempre me he visto como un ogro y a mi ama no quería*

*preocuparle con mis cosas, así es que nadie sabía nada de lo que me pasaba en clase. No supe enfrentarme*

*Psicológicamente en el colegio por ejemplo, bromas e insultos que no tenían ninguna gracia. Con mi madre, desprecios o algún insulto también, falta de afectividad hacia mí por su parte*

*No sabe canalizar adecuadamente su enfado-ira; unido al sentimiento de que los hijos somos propiedad*

La Violencia Psicológica es especialmente grave, como se vio en el marco teórico, en la construcción de la identidad. En varias mujeres la violencia psicológica provenía de la madre, la figura de referencia específica y capital en la creación de la identidad femenina, con expresiones especialmente duras y graves (mejor que no hubiera nacido, rechazo a ser hija suya, desear verle lejos, desatención en los cuidados básicos, etc). La teoría del apego subraya que la seguridad de una persona en sí misma, la ansiedad o el miedo que presenta como estado emocional básico es determinado principalmente por la relación en la niñez con esta figura de referencia.

Es posible que si estas mujeres recuerdan y responden así en cuanto a la relación con sus madres, aún no se haya realizado (quizá porque no se ha podido, o no se haya detectado) un trabajo de reparación psíquica con estas figuras. Mientras que esta realidad mental prevalezca en la vida de estas mujeres, la necesidad de paliar este dolor con el consumo de sustancias es algo que cae por su propio peso.

#### Maltrato físico

En las mujeres el maltrato físico es ejercido por el padre, la madre y/o la pareja. Los contextos en los que este se producía, según los relatos recogidos, son:

A la hora de imponer limitaciones para salir fuera de casa, o al regreso a casa cuando la vuelta se producía tarde (padre y madre). En este caso, señala únicamente maltrato físico aunque cabe pensar que también fuera de otros tipos:

*Cuando había veces que salía de casa y bien llegaba tarde o no me dejaban salir empezaban broncas que acababan la mayoría de las veces con mi padre o mi madre pegándome*

Cuando la madre se encontraba enfadada y por motivos, según el relato, que únicamente comprendía ella. En este caso, el maltrato físico se acompañaba de violencia psicológica (insultos), que generaban en la participante sentimientos muy negativos. En otro relato, la mujer declara que la madre la agredía físicamente por diversas circunstancias ('las malas notas, por romper un plato o reír con mis hermanas') las cuales reflejan una situación de indefensión generalizada ante las reacciones maternas. En estos casos, la imagen de 'mala madre' que conservan las participantes, aún no ha podido ser comprendida y, por tanto, perdonada:

*Mi madre siempre desde pequeña me ha pegado por motivos que ella dice que tenía y cuando estaba enfadada. También acompañaba de insultos que me hacía sentir que yo he sido un error en su vida y siempre he deseado no existir, porque si tu madre no te quiere cómo pueden hacerlo los demás*

*Mi madre siempre me ha chillado, castigado y pegado por cosas como llegar tarde a casa, discusiones por malas notas, por romper un plato, por reír con mis hermanas, etc.*

Por parte de la pareja, que le introdujo en la droga y en la prostitución, cuando esta práctica no aportaba todo el dinero que le pedía. Esta mujer recuerda cómo su padre gritaba a su madre y le descalificaba a ella y sus hermanos-as. En este testimonio, la mujer detalla que la madre de una pareja que le maltrató también físicamente, dijo a su hijo maltratador que ella no le iba a poder abandonar, según este contexto, por falta de recursos para poder hacerlo. Sin embargo, la mujer participante comenta que cuanto su pareja le maltrató sólo una vez, ella le 'pudo' dejar, a pesar de lo que su madre pronosticaba:

*Tuve una pareja que me introdujo en la droga y en la prostitución. De ella sólo recibía palizas cuando no ganaba lo suficiente para él, así durante 4 años hasta que se murió (empecé con él con 16 años). Mi padre gritaba mucho a mi madre, son los recuerdos que yo tengo de niña y de más mayor. Recuerdo que nos decía que éramos unos inútiles y que para él no valíamos. Otra pareja que tuve me pegó y le dejé. Su madre le decía; "ésta no te va a dejar, a dónde va a ir"...*

*Mi padre a veces me ha pegado*

## Maltrato sexual

El maltrato sexual proviene de figuras cercanas (vecinos, padrastro, un cura) y no tan cercanas (dueño del negocio donde se trabajaba, los clientes, desconocidos). En la mayoría de los testimonios se refleja que este tipo de agresiones se repitió con cierta frecuencia, en varias o en repetidas ocasiones. En algunas mujeres aparece la agresión como hecho aislado y en otras aparecen también otros tipos de violencia: física, psicológica, estructural. Algunas declaraciones reflejan que el hecho o los hechos ocurrieron siendo muy jóvenes. Los relatos reflejan soledad, indefensión, falta de apoyo familiar por parte de las mujeres que los han sufrido. En un caso, además se suma la culpabilidad del padre cuando estos hechos ocurrían:

*Abusos por parte de un vecino*

*Abusos sexuales y maltrato físico de mi padrastro*

*Abusó tocándome y obligándome a tocar sus genitales. No fui apoyada por mi familia y se olvidó todo*

*En repetidas ocasiones sexualmente, violaciones. Cuando era joven psicológicamente, no prestaban atención a lo que realmente me pasaba*

*Trabajando en un pub, me he sentido acosada por el dueño y por clientes. Entonces me tenía que ir al baño y ponerme una dosis de coca y heroína y salir como tal cosa, para poder llevarlo*

*Malos tratos por parte de padre y madre. Agresiones sexuales en varias ocasiones*

*Me ha pegado, amenazado y me ha maltratado sexualmente, me ha obligado a prostituirme*

*Mi padre me ha pegado y desvalorizado. Me ha culpabilizado. Varios vecinos, un cura y algún desconocido han abusado de mí sexualmente, siendo menor (de 7 a 11 años)*

### Maltrato estructural

En el primer ejemplo de maltrato estructural no se especifica el-la maltratador-a, ni el contexto en el que este ocurrió. Existió en este caso también maltrato de tipo psicológico: secuestro y amenazas de muerte:

*Me tuvieron encerrada en casa durante varios días y me amenazaron con cuchillos*

### Maltrato económico

En el primero de los dos relatos que reflejan este tipo de maltrato, la mujer participante declara también la existencia de maltrato psicológico hacia ella y sus hermanas y, hacia su madre, además, violencia de tipo sexual. Al ser 'el amo del dinero' el padre se atribuía el poder para imponer cualquier tipo de deseo y voluntad. En el segundo caso, se habla de abandono de las responsabilidades familiares por parte de la pareja y de la percepción por parte de la mujer participante de sentimientos negativos del maltratador por su buen hacer en un proyecto compartido:

*Era malísimo, un dictador y un borracho que maltrataba a las hijas y a mi madre. Mi madre era violada por él. No quería a los hijos, disfrutaba haciendo daño. Era el amo del dinero.*

*Es como si me envidiara (mis éxitos), teniendo en cuenta que trabajábamos en un negocio común. Mi exmarido se metió en una secta y me abandonó con mis hijos finalizando la carrera, sin dinero. Se declaró insolvente, me vi 'con el cielo y la tierra'*

### Maltrato espiritual o moral

Como ejemplo de este tipo de maltrato, una mujer relata una experiencia a los 13 años en la que su madre decidió que su hija debía abortar. Cabe pensar que lo que pudo ser una experiencia liberadora, por no aceptar con la realización del aborto una responsabilidad cuando en esa edad es imposible ser asumida, sin embargo, para esta mujer esta vivencia sea recordada aún como un auténtico calvario por cómo su madre actuó a raíz de este hecho, de manera incomprensible a los ojos de una niña de esa edad:

*Obligándome a hacer cosas que no quería*

*Mi madre me obligó a abortar en malas condiciones a los 13 años, y me echaba la culpa a mí de lo que hice. Me llevó a hablar con curas para arrepentirme y me hizo hacer una penitencia, ir de rodillas a rezar a la virgen*

En los siguientes testimonios se suman varios tipos de maltrato. Las figuras agresoras son: el padre, la pareja, expareja, cuñado, vecino y la hermana, como única representante femenina. El maltrato es en todos los casos físico y psicológico y en algunos casos se suma el sexual. En dos casos de maltrato físico y psicológico proveniente del padre, las mismas mujeres declaran maltrato físico también por parte de sus parejas o exparejas:

*De niña y durante muchos años he sido maltratada psicológica y físicamente por mi padre*

*Con mi padre, hasta los 12 años no me dejaba moverme de casa ni ir a ningún sitio. Me veía en la calle y me pegaba delante de la gente, me tenía que esconder, eso me hizo irme del pueblo. Con el tío que estuve me pegaba cuando no teníamos dinero*

*Hermana: dirigía mi vida en base a lo que ella necesitaba llegando a hacerme elegir horarios de trabajo dependiendo de tareas que yo debía hacer pero realmente eran suyas. Pareja: me aisló y humilló diariamente hasta llegar a agredirme físicamente. Cuñado: me acosaba todos los días.*

*Mi padre muchas veces me maltrató física y psicológicamente y la pareja con la que estaba me maltrataba físicamente*

*Mi padre siempre me ha infravalorado, pegado en algunos casos y atado a la cama*

*Por mi exmarido porque me insultaba y me humillaba, incluso llegó a pegarme; con mi vecino porque sufría abusos cuando era niña*

En los relatos protagonizados por hombres y mujeres en tratamiento por drogodependencia se observa que, antes de la instauración de la drogodependencia, ambos sexos han señalado haber padecido vivencias de violencia y maltrato de los tipos: físico, psicológico, sexual, económico, estructural. Maltrato de tipo espiritual o moral solo la han padecido las mujeres en esta etapa.

El aprendizaje social y el modelado (aprendizaje observacional o imitación) están en la base de la adquisición de pensamientos, sentimientos y comportamientos, mediante la repetición de unos patrones comunes entre los padres y las parejas de estas mujeres.

A pesar de que los hombres y las mujeres se han enfrentado al maltrato antes de la drogodependencia, los testimonios de unos y otras muestran diferencias cualitativas dignas de mención y sugieren la posibilidad de una reflexión seria en torno a nuevos espacios y temáticas que sería necesario incorporar en los tratamientos, aunque ni por los hombres ni por las mujeres se vincule directamente esta problemática a la de la adicción.

Los recursos actuales, como se ha especificado en la fundamentación teórica, contemplan una u otra entrada, la vía del tratamiento por drogodependencia o la vía de la psicoeducación y/o terapia por maltrato.

Aunque existen aspectos y temas comunes de trabajo entre ambas problemáticas, en el caso de las mujeres drogodependientes que han padecido violencia es necesario primero el fortalecimiento de la identidad y autoconcepto y de la autoestima. Sin éste paso previo, no es posible alcanzar una abstinencia sin riesgo de descompensación psíquica.

Como se pudo comprobar en el marco conceptual, en los tratamientos para la drogodependencia los malos tratos en la relación de pareja y otro tipo de experiencias de violencia normalmente se quedan sin tratar o no se les da la atención que merecen, lo que contribuye al abandono de los tratamientos y posterior recaída de las mujeres drogodependientes.

## 5.6.2. Maltrato durante la drogodependencia

Esta parte recoge las experiencias de violencia que la población participante ha experimentado durante la drogodependencia. Una adicción arrastra y poco a poco se extrema hacia los comportamientos dirigidos a la obtención de la sustancia, la cual, mediante los procesos de habituación y tolerancia, se hace dueña de la voluntad individual. Es lógico pensar que aumenten y también se agraven estas circunstancias y situaciones de violencia en las que la búsqueda de la sustancia se convierte en el objetivo principal. Además, a lo anterior se añaden los propios efectos de las drogas, en concreto las estimulantes y algunas depresoras como el alcohol, que contribuyen con una percepción alterada de la realidad y con el descontrol de los impulsos, a agravarlas.

### 5.6.2.1. Maltrato durante la drogodependencia experimentado por los hombres

Se describen a continuación las experiencias de los hombres participantes en respuesta a la pregunta: *Durante la drogodependencia, ¿en qué aspectos se ha sentido maltratado-a por esta-s persona-s?, ¿qué paso?*

#### Maltrato psicológico

Este tipo de maltrato sufrido entre los hombres participantes proviene del entorno familiar, de la madre y de la pareja o expareja. En algunos casos este maltrato, según palabras de los participantes, es la consecuencia de la realización de comportamientos relacionados con el consumo de drogas. Los testimonios reflejan una frecuencia generalizada, especialmente acentuada en los momentos de consumo. En general, las narraciones muestran un alto nivel de sufrimiento, recogido en algunas expresiones de sentimientos negativos experimentados: inutilidad, desprecio, atribución de culpabilidad, etc.:

*Sobre todo psicológico, ya que yo era adulto. Desprecio. Transmitir sentimientos negativos que me hacían pensar que muerto estaría mejor*

*Me ha insultado, me ha pegado, me ha dicho que no valía para nada y que yo era una mierda y daba asco. Cada vez que yo consumía o compraba para consumir*

*Pues que me trataban como una mierda, no me valoraban y me decían que era incapaz de salir del pozo y ojalá me muriera*

*Mi madre me reprochaba continuamente lo que hacía mal, que ella estaba mal por mi culpa*

*No dejarme ver a los niños y decirme que lo nuestro se acabó, insultos (que si eres un inútil, irresponsable, etc.)*

*Mi tía me maltrataba. Hacía diferencias entre sus hijos y yo*

## Maltrato físico

En este caso el maltrato físico viene del padre y de la pareja y expareja. En el primer caso la frecuencia del maltrato del padre es esporádica y la de la expareja cuando ésta sufría las crisis agudas de una enfermedad mental. En el segundo caso, se refleja un maltrato 'a dúo', que se desencadenaba cuando el participante le señalaba a su pareja que ésta había consumido sustancias:

*Mi padre nos pegaba algunas veces. Mi ex-pareja, cuando le daban ataques (esquizofrenia)*

*Hemos tenido peleas viviendo juntos. Si yo no decía nada, todo iba bien, pero si le decía que se estaba drogando, había insultos por parte de los dos*

## Maltrato estructural

Como ejemplo de este tipo de maltrato, la familia obliga a vivir a distancia a la víctima. No se especifican las razones de este alejamiento familiar en esta etapa de consumo de sustancias. La propia enfermedad genera situaciones insostenibles para las familias, fruto de la negación del problema por parte de las personas drogodependientes y/o del miedo anticipado que produce obligar a iniciar un cambio de vida cuando no se conoce otra:

*Destierro familiar*

*Al echarme de casa y no tener contacto con ellos*

## Maltrato económico

Este maltrato se recoge a la hora de deber saldar deudas o mediante extorsión. No especifica el contexto en el que éste se produce:

*El no pagarles lo que me pedían*

## Maltrato espiritual o moral

En este caso, las diferencias culturales no aceptadas o respetadas son las que han generado situaciones de este tipo de maltrato:

*Eran musulmanes y yo cristiano; había diferencia cultural. No me sentí respetado ni valorado*

Además, normalmente los entornos de adquisición y/o consumo de sustancias son ambientes masculinos y masculinizados. En estos contextos, en los hombres consumidores de drogas ilegales son frecuentes las conductas transgresoras e ilícitas, en las que se impone un prototipo de varón a imagen y semejanza del sistema patriarcal: atrevido, enérgico, audaz, etc. (Altell, 2015). En otras situaciones, el consumo de alcohol, produce, en general en ambos sexos, una bajada en las

defensas yoicas que en el caso de los hombres, en sus primeras fases produce los mismos resultados. En tales contextos y condiciones, las conductas violencias emergen también desbordadamente.

### 5.6.2.2. Maltrato durante la drogodependencia experimentado por las mujeres

Por parte de las mujeres participantes, éstas son las aportaciones recogidas sobre situaciones de maltrato o violencia vividas durante la drogodependencia. Como se verá, no sólo se recogen más respuestas, sino que también éstas están más detalladas que las de los hombres.

#### Maltrato físico

El maltrato físico es ejercido por el padre y por la pareja o expareja. En algunos casos el consumo de drogas por parte de la participante era el antecedente de la existencia de maltrato, en otros casos, éste se producía cuando el agresor había consumido y estaba bajo los efectos de la-s sustancia-s. Al maltrato físico predominante también se unía otras formas de violencia, como la psicológica y la sexual. En otro relato una mujer señala que ante el mismo problema, una drogodependencia, la familia ha obviado o respetado la enfermedad del hermano, mientras que su padecimiento no ha sido ni comprendido, ni aceptado:

*Con mi padre, me golpeaba e insultaba; con mi expareja, me decía cosas que me anulaban, me insultaba, me golpeaba y me prostituía*

*Cuando llegaba a casa en un estado lamentable me pegaba.*

*Cuando yo consumía, mi expareja me insultaba y pegaba y más cosas*

*Me pegaba cuando llegaba borracho*

*Me pegaba diariamente porque le daba la puta gana*

*Me pegaba, me insultaba*

*Mi expareja me llegó a pegar en varias ocasiones. Le denuncié*

*Mi padre no ha conseguido nunca asimilar que era toxicómana y creía que con pegarme iba a solucionarlo. Mi hermano ha sido un toxicómano de los que más o menos, ha seguido con la vida 'normal', trabajando y haciéndose pasar por una persona no tóxica, de manera que nunca me creyeron*

#### Maltrato psicológico

Esta forma de maltrato aparece por parte de hermanas, expareja, hijos y amistades de las mujeres participantes, en forma de incomprensión por la enfermedad al categorizarla de 'vicio', por abandono ante el problema, desprecio y desvalorización en privado y en público, aislamiento y alejamiento de la familia:

*Me comentaba que era una persona viciosa, si bebía era porque me daba la gana; no entiende que es una enfermedad (por parte de hermana)*

*Falta de ayuda cuando el problema era evidente*

*Me sentía verbalmente maltratada por mi expareja; me desvalorizaba*

*Mis hijos han dejado de hablarme, el mayor me amenaza con que no voy a conocer a la nieta, que si dios quiere nacerá en junio*

*Mi amigo me trataba de infantil, inocente y de tonta. Siempre que hablaba o decía yo algo, él contestaba diciéndome que no tenía ni idea, que me callase, que era tonta e ignorante, delante de todo el mundo, incluso de mi pareja que no hacía nada por evitarlo*

*Por mi pareja verbalmente. Cuando bebía, mi pareja me hacía mucho daño con sus palabras, y ahora que no bebo, aún me tira palabras que son muy dolorosas pero tengo fuerza para no volver a caer*

*Amenaza de abandono y repudio*

*No aceptación del problema, incapacidad de apoyo y ayuda, descalificaciones, mortificaciones, no dejar tomar decisiones, frenarme como persona, sentimientos de estar atada*

*Mi pareja era muy agresiva y muy celosa, y como siempre íbamos puestos, enseguida que me veía hablar con un tío se ponía agresivo*

*Mi madre me maltrató psicológicamente durante toda mi vida*

## Maltrato sexual

Así como no aparece este tipo de maltrato durante la drogodependencia en los hombres, en las mujeres sí se muestra en varios testimonios. La obligación a ejercer la prostitución constituye una violación a la integridad, dignidad y a los derechos como seres humanos. Produce un brutal daño físico y mental a sus cuerpos y a sus mentes (APRAMP, 2005; Torrado y Pedernera, 2015):

*Me ha obligado a prostituirme*

*Agresiones sexuales*

*Mi expareja me prostituía*

## Maltrato estructural

Este tipo de maltrato se refleja en el aislamiento del domicilio familiar, por parte de la propia familia o de la madre. No especifica las razones, aunque están recogidas de las aportaciones de violencia experimentada durante el periodo de la drogadicción, por lo que cabe prever que la intención de estos hechos es la de evitar que la víctima se drogue o que genere más problemas:

*Me encerró en casa, sin teléfono, DNI ni dinero*

*Me madre me ha encerrado para que no saliera*

Varias narraciones muestran comentarios en los que se agrupan varios tipos de maltrato, sobre todo de tipo psicológico y físico, por parte de miembros familiares, padre, madre y hermanos, parejas, y de otras personas con menos relación o desconocidas. En algunos casos el maltrato continúa aún durante el tratamiento, o en fases finales del mismo, periodo en el que las personas participantes completan a este cuestionario:

*Desprecios, maltrato físico, agresiones sexuales, maltrato psicológico*

*En el aspecto físico alguna vez, y las más, en el maltrato psicológico*

*En estar con el síndrome y estar obligada a sacar dinero como fuera*

*En la familia, mientras vivía en casa, mis padres y un hermano mayor me han pegado.  
He tenido exparejas que me han pegado*

*Hermana: todo era culpa mía y era una inútil llegando a agredirme. Pareja: me quitó todo el dinero, no me daba para comida ni para la niña. Me amenazó con un cuchillo delante de la niña de año y medio*

*Mi exnovio me maltrataba físicamente, el padre de mi hija psicológicamente y sigue haciéndolo*

*Mi expareja me ha pegado y tengo una orden de alejamiento. Dos hombres me quemaron, pegaron, y violaron aparte otro individuo me abrió la cabeza a golpes*

*Maltrato psicológico y físico. Violencia de género, fue denunciado*

*Me he sentido maltratada por mis padres. Mi expareja acosó a mi hija*

Algunos comentarios hacen referencia directa al por qué se produce la violencia o maltrato que se experimenta en situaciones de consumo prolongadas. En la narración siguiente, la mujer reflexiona sobre la explicación del significado del maltrato dentro de una relación de pareja, de la que se espera, al menos en teoría, demostraciones de afecto y comprensión. Ante la falta de respuesta a este significado (fruto de la indefensión aprendida, la disonancia cognitiva y de la expectativa social y de rol, fenómenos que aparecen en situaciones de maltrato prolongado) ella misma se atribuye la responsabilidad de lo que le ocurría, ya que con su comportamiento, beber, estaba incitando este tipo de respuesta en su maltratador. Desde este punto de vista, mediante mecanismos psicológicos, educativos y sociales se inculca que es lo normal, se educa en la tolerancia a estos comportamientos y para no reconocer como tal algo inaceptable e intolerable:

*No sabría cómo explicar que una persona que supuestamente te quiere, pueda disfrutar insultándote y pegándote. Lo peor de todo es que yo creía que tenía razón muchas veces, porque al final yo bebía*

En algunas de las narraciones se observa el reconocimiento de los efectos de la enfermedad, como consecuencia de que por parte de la familia o pareja hubiera maltrato estructural, por ejemplo:

*Mi hermano quería ingresarme en un centro de desintoxicación en contra de mi voluntad. Decía que era un peligro para todos. Esto ocurrió hace dos meses, cuando ingresé en la unidad de psiquiatría de un hospital*

*Por mi madre, cuando vivía con ella, física y verbalmente; por mi pareja, puntualmente por las situaciones que mayormente provocaba yo por estar con la heroína y no tener en cuenta nada, mentiras... y el quizá faltas de respeto y alguna vez físicamente, pero era una cosa mutua.*

*Con un compañero de trabajo fueron 6 meses más o menos, pero siempre me hacía sentir que no valía una mierda, no me explicaba, no me hablaba, me ponía barricadas...*

*Por mi pareja y me lo echa en cara continuamente; aunque él dice que no bebe, él también toma bastante pero eso no lo ve*

*Por mi pareja, él era consumidor pero no quería que yo consumiera y era muy agresivo*

*Por mis padres, me insultaban mi madre me ha encerrado para que no saliera y para que le dijera la verdad me pegó con el palo de la escoba. Mi madre y hermano con insultos y amenazas desvalorizándome.*

En los relatos protagonizados por hombres y mujeres en tratamiento por drogodependencia se observa que ambos sexos, durante la etapa de la adicción, han señalado el padecimiento de vivencias de violencia y maltrato de los tipos: físico, psicológico, económico, estructural. Maltrato de tipo sexual lo han sufrido sólo las mujeres y el de tipo espiritual o moral solo los hombres.

Las mujeres consumidoras de drogas que acceden a estos entornos son penalizadas frecuentemente, en pago por la admisión al aceptar las condiciones de acceso y de estar ahí (Suárez, Esquerré, Cabacés y Aritzeta, 2013; De Miguel, 2015). Además, estas mujeres en sus diversos roles: traficantes, consumidoras, dependientes o productoras (De Miguel, 2015; Fernández, 2014) deben demostrar que aceptan las condiciones con pruebas de acceso y que responden a los requerimientos que los objetivos e intereses personales o colectivos imponen. Al entrar de la mano de algún varón, la propia relación queda instrumentalizada y las mujeres pierden el control de sus propias decisiones (Martín, 2015).

### **5.6.3. Maltrato durante el tratamiento**

Se ha intentado igualmente recoger las experiencias de maltrato experimentadas durante el tiempo del tratamiento, tanto por personas relacionadas con el propio tratamiento (profesionales, compañeros-as) como por los familiares y personas cercanas en aquel momento en la vida de los y las participantes.

En el periodo en el que se produce un tratamiento, hay unas personas que acompañan en ese proceso desde dentro (equipo terapéutico, compañeros-as) y personas que acompañan desde fuera, involucradas también en el mismo y acompañantes del cambio del o la protagonista. Estas personas, en algunos casos, también están recibiendo ayuda del propio equipo terapéutico para desmontar o redirigir pautas comunicacionales deficitarias o limitantes de dicho cambio.

Algunos estudios han evidenciado empíricamente que los tratamientos residenciales en drogodependencias en lugar de eliminar podrían aumentar los trastornos psiquiátricos en determinados pacientes (Nadeau, 1987; Ilgen y Moose, 2006) de forma más prevalente los que presentan características psicóticas (Fanton, 2014). Resulta de interés explorar esta visión y recoger

la percepción que los y las participantes guardan de sus tratamientos cuando se les pregunta directamente por tales experiencias.

En primer lugar se recogen las vivencias de maltrato de los hombres durante el periodo de tratamiento, tanto las experimentadas en el centro o centros de tratamiento como las infringidas por algún familiar o persona cercana. A continuación, en el mismo orden, las de las mujeres participantes. Se pretende descubrir qué situaciones o experiencias de violencia han vivido los y las participantes en el estudio en ambos contextos (en los centros y en las relaciones familiares o de pareja) dentro del proceso de tratamiento.

### 5.6.3.1. Maltrato en tiempo de tratamiento experimentado por los hombres

Se detallan a continuación los comentarios que reflejan las razones por las que los hombres participantes se sintieron maltratados en algún **centro de tratamiento**. Las experiencias hablan de trato humillante, dejación de responsabilidades, aislamiento, trato despótico, exceso de fármacos o éstos mal ajustados, violencia física y psicológica, sobre todo proveniente del personal asistente o equipo terapéutico:

*En P (institución) cuando tenía 14 años, fue un infierno hasta que nos escapamos*

*En R (institución), es una secta y una vergüenza*

*Estuve tomando 20 pastillas al día, me trataron mal, me quemaron las manos*

*Fármacos inapropiados y mal valorados. Estábamos encerrados*

*Fueron en contra de mis derechos*

*Humillado, en el centro nunca tienes razón. El hecho de machacar a la persona, que nunca tiene razón, con el error que comete me parece excesivo*

*Ignorar mi estado físico y mandarme tareas que pudieran hacer de mi incapacidad algo más grave*

*La psicoterapia es una maquinaria de guerra, no tiene fundamentación científica conocida y procesa a las personas. En este caso, a mí mismo con hipótesis incuestionables que nada ni nadie puede verificar*

*Me he sentido humillado*

*Reprimenda fuerte cuando hice algo mal sin querer*

*Te trataban como si fueras tonto*

*Cuando me han negado la ayuda por tantos tratamientos. Problemas con alguna terapeuta*

*Despotismo y fascismo*

*En la justificación que tienen algunos monitores para portarse como auténticos tiranos que dicen que allí se hace lo que ellos digan y se acabó y con actitudes intimidatorias*

*Pensaba que nos enfrentaban unos a otros*

*En una recaída de cocaína, pedí ingresar en el hospital y me lo negaron*

*Compañeros agresivos y terapeutas mal preparados*

*Violencia física*

*Violencia psicológica*

*Violencia verbal y física*

*Me pegaban e insultaban (en el programa)*

Se detallan algunas narraciones de los hombres sobre el maltrato sufrido por **alguien cercano** durante el periodo de tratamiento: alejamiento de los hijos, falta de apoyo, maltrato verbal, presiones, situaciones generadas por los progenitores y por parejas:

*En no creer en mí. En hablarles mal a mis hijos de mí, impidiendo que pueda verles  
(en referencia a su padre y madre)*

*Falta de apoyo, echarme todo en cara con agresividad (en referencia a la pareja)*

*Verbalmente broncas, y que con dos niños, cómo me daba por beber (en referencia a la pareja)*

*Presión*

*Te hacen sentir mal, que no vales para nada más que no sea drogarte (en referencia a los progenitores)*

### **5.6.3.2. Maltrato durante el tratamiento experimentado por las mujeres**

Los comentarios que reflejan las causas por las que las mujeres participantes se sintieron maltratadas en algún **centro de tratamiento**: incomprensión, desprecio, recriminar el rol de madre, abuso laboral y no cubrir necesidades básicas, maltrato verbal y físico, extorsión, acoso sexual y telefónico, por parte del equipo terapéutico o personal de asistencia. Por parte de compañeros-as, maltrato verbal, actitudes violentas por parte de compañeros, actitudes violentas de compañeros hacia otros compañeros:

*Actitudes de violencia por parte de compañeros hacia mí y hacia otros compañeros*

*En que se metían con la vida de mis hijos y en que yo no quería ayudarles*

*En R trabajábamos sin cobrar, comíamos mal y los responsables vivían como reyes.  
En P (año 93) los gritos y desvalorizaciones*

*Insultos y pegarme con otros compañeros*

*Me ataron 40 horas en una cama*

*Me hacían sentir inútil y mi autoestima en lugar de subir, bajaba*

*Los responsables de P me pegaron por responderles*

*Pedirme dinero y acosarme telefónicamente. Querer tener relaciones sexuales*

*Insultos por no ver las cosas, o por no parecerme bien lo que se hacía*

*Me faltaban el respeto constantemente, me hacían sentir la peor de las personas, por eso abandoné*

*Me han pegado en ocasiones*

*Me sentía no comprendida, despreciada, la terapia era cruel. No entienden el alcoholismo, lo desprecian*

Los comentarios de mujeres sobre su maltrato infringido por **alguien cercano** durante periodos de tratamiento fueron por parte de hijas, hermanos y hermanas, de la pareja, expareja, de los progenitores. Maltrato físico, psicológico y violencia sexual, forzar ingresos no voluntarios en centros de rehabilitación. Ofrecimiento de droga por parte de la pareja, abandono:

*Faltas de respeto, intrusión en mi intimidad, controlada en exceso, presión psicológica*

*Física y psicológicamente coaccionada por mi hija*

*Incomprensión, humillaciones varias, rechazo*

*Insultos, indiferencia*

*Insultos, por celos y por no estar con él en casa al estar fuera (en referencia a la pareja)*

*Maltrato psicológico, mentir, pegarme, utilizar su papel de acompañante responsable para no dejarme manejar ni avanzar en mi tratamiento. No respetarme, insultarme, negarse a cambiar, reconocer que es un maltratador psicológico y amenazarme (en referencia a la pareja)*

*Me considero maltratada por palabras e insultos de mi pareja*

*Me dejaba sola, se iba y no aparecía sin decir a dónde iba. No asimilaba que estuviera allí, ni aceptaba réplica ninguna (en referencia a la pareja)*

*Me empujó dos veces, en una me dio un puñetazo y me tiro al suelo*

*Mi pareja, de permiso, me ofreció consumir y tuve sobredosis*

*Mis padres no me trataron como a los demás hermanos*

*Me sentí abandonada (en referencia a la pareja)*

*Por parte de mi pareja, todo lo que hago está mal en todo momento, también presiones sexuales, culparme por posibles problemas de mi hija. Por parte de mi hermana, hacer ver que soy mala madre, meterme miedos con respecto a mi hija, etc. Por parte de mi expareja: insultos, daños a mi hija para dañarme a mí.*

*Quería que ingresara en un centro de desintoxicación en Palencia en contra de mi voluntad (en referencia a un hermano)*

En los relatos recogidos de los episodios de violencia padecida por los hombres y las mujeres durante el-los tratamientos, tanto por parte de profesionales o instituciones como por alguien cercano, se observa que ambos sexos han señalado la existencia de vivencias de violencia y maltrato. Son más los hombres que las mujeres los que hablan de maltrato cuando éste proviene del personal de atención de los equipos profesionales, mientras que si el mismo es realizado por familiares o alguien cercano, más mujeres que hombres señalan su padecimiento.

Como se aprecia en la Tabla 32 son más las mujeres que declaran haber experimentado experiencias de violencia en cualquier momento de los tres escogidos para el estudio. Además son más las aportaciones en respuesta múltiple que ofrecen las mujeres sobre estas experiencias que las que manifiestan los hombres. El cómputo está realizado en valores absolutos, sin ponderación, sobre los 129 hombres y 98 mujeres.

**Tabla 32. Respuestas de los-as participantes a la existencia de diversos tipos de maltrato (Nº de personas y Nº de aportaciones). Respuesta múltiple**

<b>Maltrato recibido ANTES de la Drogodependencia</b>		
	<b>Hombres (N = 129)</b>	<b>Mujeres (N = 98)</b>
· Nº de <u>personas</u> que han declarado recibir maltrato antes de la Drogodependencia	<b>40</b>	<b>61</b>
· Número de <u>aportaciones</u> de cada tipo de Maltrato		
Maltrato Psicológico	22	40
Maltrato Económico-Estructural	4	7
Maltrato Sexual	5	10
Maltrato Físico	17	27
Maltrato Espiritual o Moral	0	2
<b>Total Aportaciones (respuesta múltiple)</b>	<b>48</b>	<b>86</b>
<b>Maltrato recibido DURANTE la Drogodependencia</b>		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
· Nº de <u>personas</u> que han declarado recibir maltrato Durante la Drogodependencia	<b>45</b>	<b>56</b>
· Número de <u>aportaciones</u> de cada tipo de Maltrato		
Maltrato Psicológico	30	34
Maltrato Económico-Estructural	3	6
Maltrato Sexual	-	4
Maltrato Físico	6	25
Maltrato Espiritual o Moral	1	-
· Violencia en contexto de consumo	-	8
<b>Total Aportaciones (respuesta múltiple)</b>	<b>40</b>	<b>77</b>
<b>Maltrato recibido DURANTE el-los tratamientos</b>		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
· Nº de <u>personas</u> que han declarado recibir maltrato Durante el-los tratamientos	<b>17</b>	<b>10</b>
· Número de <u>aportaciones</u> de cada tipo de Maltrato		
Por instituciones	20	12
Por alguien cercano	5	13
<b>Total Maltrato recibido durante el-los tratamientos</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
· Total nº de <u>aportaciones</u> de Maltrato durante los tres momentos: ANTES y DURANTE la drogodependencia y DURANTE el-los tratamientos (respuesta múltiple)	113	190
· Total nº de <u>personas</u> que han declarado Maltrato Declarado durante los tres momentos: ANTES y DURANTE la drogodependencia y DURANTE el-los tratamientos (respuesta múltiple)	<b>89 (69%)</b>	<b>87 (88,8%)</b>
Total nº de <u>personas</u> que han declarado NO haber recibido Maltrato Declarado	<b>40 (31%)</b>	<b>11 (11,2%)</b>

## 5.7. Sentimientos asociados a la etapa de consumo y posible relación con experiencias de violencia vividas

El objetivo sexto es descubrir qué sentimientos asocian los hombres y mujeres encuestados a la etapa de consumo y si los sentimientos mayormente seleccionados pueden relacionarse con experiencias de violencia o maltrato.

La pregunta en el cuestionario fue redactada así: *¿Qué cinco sentimientos asocia a su etapa de consumo? A continuación tiene algún ejemplo que le puede ayudar a elegir sentimientos positivos y negativos.*

La pregunta del cuestionario para responder a esta Dimensión es escoger de un listado de 44 sentimientos (22 positivos y 22 negativos) aquellos que más se ajusten y se asocien a la etapa de consumo. Los sentimientos son: *seguridad, aburrimiento, ira-rabia, rencor, desprecio, odio, miedo, fobia, decepción, confianza, desesperanza, desconfianza, tristeza, melancolía, compasión, sorpresa, respeto, satisfacción, felicidad, amor, desánimo, solidaridad, libertad, amistad, insatisfacción, compañerismo, logro, autoestima, autoconocimiento, fracaso, independencia, compromiso, dominio, locura, paz, alegría, aventura, orgullo, soberbia, inferioridad, autodesprecio, vergüenza, culpa.*

**Tabla 33. Sentimientos asociados a la etapa de consumo (Respuesta múltiple)**

Hombres (N = 129)		Mujeres (N = 98)	
Sentimiento	Nº elecciones	Sentimiento	Nº elecciones
1. Tristeza	54	1. Tristeza	40
2. Fracaso	49	2. Culpa	40
3. Culpa	39	3. Vergüenza	35
4. Libertad	34	4. Miedo	34
5. Aburrimiento	30	5. Fracaso	29
6. Seguridad	27	6. Ira-rabia	27
7. Decepción	27	7. Insatisfacción	23
8. Miedo	26	8. Decepción	22
9. Ira-rabia	24	9. Auto-desprecio	21
10. Insatisfacción	23	10. Desánimo	20
11. Felicidad	23	11. Desesperanza	20
12. Desánimo	22	12. Inferioridad	18
13. Desconfianza	22	13. Libertad	13
14. Desesperanza	22	14. Melancolía	12
15. Vergüenza	21	15. Desconfianza	12

Los sentimientos asociados al consumo que eligen, principalmente los **hombres** son, por orden de prioridad: 'tristeza' (54 elecciones), 'fracaso' (49), 'culpa' (39), 'libertad' (34), y 'aburrimiento' (30). Los de las **mujeres**: 'tristeza' y 'culpa' con igual número de opciones (40), y 'vergüenza' (35), 'miedo' (34) y 'fracaso' (29).

## 5.8. Resumen de resultados del abordaje cualitativo

Este primer estudio exploratorio se centra en esclarecer mediante preguntas abiertas narrativas, por una parte, cuestiones que se han considerado de interés por sí mismas, como son las razones que hombres y mujeres han declarado para iniciarse en el consumo de sustancias y para el inicio del tratamiento, la valoración que realizan de los tratamientos, y por otra parte, aspectos que han servido para completar y ampliar el estudio cuantitativo posterior como son los discursos y narraciones de las experiencias de violencia o maltrato que hombres y mujeres han podido experimentar en algún momento de su ciclo vital, junto al conocimiento de los sentimientos que se han asociado al consumo de sustancias.

Entre los objetivos estaba esclarecer las razones que hombres y mujeres atribuyen al inicio del consumo de drogas y señalar si entre las mismas se presentan situaciones de violencia vivida o experimentada. Entre las razones comunes para ambos sexos está la suma de experiencias, emociones, sentimientos, hechos y circunstancias (la primera razón para los hombres y la quinta para las mujeres), experiencias traumáticas o accidentes, duelos no resueltos, separaciones (la segunda razón más elegida para los hombres y la tercera para las mujeres), problemas personales, falta de comunicación, soledad, timidez (la tercera razón para los hombres y la primera para las mujeres), placer, fiesta, diversión (la cuarta razón para los hombres y la sexta para las mujeres), presión social, dejarse llevar, las compañías; falta de información (la quinta para los hombres y la segunda que argumentan las mujeres), reflexiones sobre el proceso del propio consumo de drogas (la séptima razón para los hombres y la 13 para las mujeres) y el uso de la droga como medicación (la octava para los hombres y la décima para las mujeres).

Los hombres participantes no han señalado haber experimentado violencia o maltrato y aducen sobre todo razones lúdicas, hedonistas, deseo de experimentar aventuras, así como también situaciones dolorosas o traumáticas como separaciones de personas cercanas y muertes y sentimientos negativos. La razón exclusiva para las mujeres participantes para el consumo de drogas es haber percibido maltrato o violencia por parte de la familia y/o pareja, haber sufrido violación y por razones relacionadas con la propia imagen, como obesidad, o evitar estados de anorexia o bulimia.

Otro objetivo fue comprender e interpretar las razones por las que hombres y mujeres inician un tratamiento, conocer qué expectativas presentaban al iniciarlo y anunciar si entre las mismas existe relación con experiencias de violencia vivida o experimentada.

Para hombres y mujeres, las principales razones comunes fueron: tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda (primera para los hombres y la tercera para las mujeres), recuperar la salud, economía, la propia vida (segunda razón para hombres y para las mujeres), el reto frente a otros de mantener la abstinencia (tercera para los hombres y la séptima de las mujeres), necesidad de cambiar e iniciar una vida normal (cuarta razón para ambos sexos), por pensamientos y sentimientos negativos (la quinta para los hombres y la octava para las mujeres), por presiones externas, judiciales o familiares (sexta para los hombres y quinta para las mujeres).

Un tercer objetivo se enfocó al conocimiento de la ayuda profesional recibida en relación con su problemática, analizar la valoración que los hombres y mujeres participantes realizan de sus tratamientos, en cuanto a la oportunidad para cambiar sus vidas y en qué cosas éstas han mejorado. Interpretar si en este punto, hombres y mujeres declaran algún aspecto del trabajo terapéutico realizado relativo a las experiencias de violencia vividas.

Las razones exclusivas que señalan las mujeres para iniciar un tratamiento son: recuperar el rol maternal, la suma de diversas circunstancias y porque la pareja también está en prisión o en tratamiento.

En cuanto a las razones para iniciar un tratamiento y las expectativas del mismo y su relación con las experiencias de violencia vividas, ni hombres ni mujeres han respondido atribuciones en este sentido.

Los aspectos deficitarios de los tratamientos para las mujeres son cuestiones relativas al tratamiento, el deseo de que éste fuera de otra forma, o emociones que surgen a raíz de las experiencias que el programa limita, impide o no dispone para ellas. Las mujeres demandan la presencia de iguales compañeras de tratamiento y más espacio terapéutico y ayuda profesional específico para ellas. También echan de menos las relaciones familiares y laborales y los espacios propios de libertad.

Las cuestiones señaladas por los hombres como deficitarias en sus tratamientos han sido aspectos relativos a la estructura o la forma del mismo: necesidad de más espacios de terapia, más atención, desear disponer de un seguimiento a la salida del centro, realizar más actividad, más deporte, más salidas, el sobreesfuerzo que supone la asistencia diaria al centro, más coordinación entre el equipo profesional, las relaciones familiares, las de parejas o exparejas, amigos y las laborales, el trabajo.

También se pretendió indagar, explorar y conocer qué experiencias de violencia y maltrato individuales declaran haber experimentado los hombres y las mujeres, antes y durante la drogodependencia y durante el-los tratamientos fue otro de los objetivos planteados. Descubrir por qué se sintieron maltratados o maltratadas y qué tipo de violencia se experimentó.

En este sentido, son más las mujeres que declaran haber experimentado experiencias de violencia en cualquier momento de los tres escogidos para el estudio y las aportaciones en respuesta múltiple que ofrecen las mujeres sobre estas experiencias son más numerosas que las que manifiestan los hombres.

Por último, se pretendió descubrir qué sentimientos asocian los hombres y mujeres encuestadas a la etapa de consumo y si los sentimientos mayormente seleccionados pueden relacionarse con experiencias de violencia o maltrato.

Los sentimientos asociados al consumo de sustancias en los hombres son: tristeza, fracaso, culpa, libertad y aburrimiento. Los de las mujeres: tristeza, culpa, vergüenza, miedo y fracaso. Los hombres señalan tres sentimientos positivos: libertad, seguridad y felicidad en relación al consumo de drogas y las mujeres, en décimo tercer lugar, libertad.

## **CAPÍTULO 6.**

### **RELACIONES ENTRE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS, LA VIOLENCIA PADECIDA Y LA VIOLENCIA EJERCIDA EN HOMBRES Y MUJERES DROGODEPENDIENTES. UN ESTUDIO CUANTITATIVO**

#### **Introducción**

En el estudio exploratorio y cualitativo y a raíz de los testimonios recogidos en los cuestionarios, se observó una alta presencia de experiencias de Violencia y Maltrato en la vida de las personas drogodependientes participantes en el estudio. Ante la evidencia de estos testimonios, se intentó analizar la naturaleza y el tipo de este Maltrato.

Este primer abordaje se complementa ahora con otro de tipo cuantitativo, con el cual se pretende:

1. Por una parte, describir los factores sociodemográficos de la muestra, la relación del colectivo estudiado con las drogas, la relación de la familia de origen con las sustancias, el perfil de las relaciones de pareja que mantiene la muestra en tratamiento así como las características propias del tratamiento que desarrollan. También, y como continuación del estudio cualitativo, se cuantificarán las circunstancias y experiencias de los episodios de violencia que han podido sufrir y ejercer las personas que integran la muestra antes de la drogodependencia, durante la misma y durante el o los tratamientos de drogodependencias. Además se analizarán otras situaciones estresantes y conflictivas que los hombres y mujeres participantes en este estudio han podido vivenciar. Por último en esta parte descriptiva, se analizará el nivel de autoestima de la población objeto de estudio.
2. Por otra, descubrir si existe relación, y cuantificarla en el caso de que hubiera, entre la presencia de Maltrato en la infancia y otras variables concomitantes, como son: el tipo y grado de violencia ejercida y padecida en hombres y mujeres drogodependientes, la edad de inicio en el consumo de sustancias, número de tratamientos desarrollados, miembros familiares con drogodependencia, la participación activa en violencia, y el nivel de autoestima. Todas las variables de estudio se analizarán por sexos.

#### **6.1. Objetivos**

Los objetivos específicos son:

1. Describir a la población drogodependiente en tratamiento bajo premisas sociodemográficas, relación con las drogas y experiencias de violencia experimentada y ejercida y analizar las diferencias encontradas por sexos.
2. Profundizar en el análisis cuantitativo de las experiencias de violencia que la población drogodependiente en tratamiento ha vivido.
3. Relacionar dichas experiencias con el nivel de gravedad de la drogodependencia y con el nivel de autoestima que presenta la población de estudio.
4. Analizar cada una de las variables seleccionadas en función del sexo.

## 6.2. Hipótesis

De los objetivos explicitados se derivan las siguientes hipótesis a contrastar:

Hipótesis 1. Los hombres y mujeres de la muestra presentarán diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas y contextuales recogidas, pudiendo observarse un perfil de características y circunstancias diferencial entre ambos sexos respecto al fenómeno de la drogodependencia.

Hipótesis 2. Las personas de la muestra que antes y durante la drogodependencia han sufrido algún tipo de Violencia Técnica (psicológica, económica, estructural, sexual, física y espiritual o moral) y Declarada por parte de un familiar o persona significativa serán significativamente más numerosas que las que no han sufrido. Las mujeres presentan una proporción mayor en los diferentes tipos de violencia sufrida que los hombres.

Hipótesis 3. Las personas que han vivido situaciones estresantes y traumáticas se presentarán en la muestra en mayor proporción que las que no las han vivido. Las mujeres presentaran una frecuencia significativamente mayor de ocurrencia de estos eventos que los hombres.

Hipótesis 4. Las personas de la muestra que han ejercido algún tipo de violencia a su entorno presentarán una frecuencia significativamente mayor que las que no la han realizado. Los hombres presentarán una proporción mayor de la ocurrencia de estos hechos.

Hipótesis 5. En los hombres y mujeres de la muestra el hecho de haber presenciado violencia en la infancia se relacionará significativamente con las condiciones de su drogodependencia, con las experiencias de violencia tanto ejercida como sufrida y con su salud física. Presentándose esta relación de forma diferencial entre mujeres y hombres.

Hipótesis 6. En la población de estudio se evidenciarán diferencias significativas en cuanto al nivel de autoestima en: el grupo de personas que han padecido violencia con respecto a las que no lo han sufrido, y en las mujeres con respecto a los hombres.

Hipótesis 7. Algunas variables pueden explicar y predecir el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

Se muestran a continuación los resultados del análisis cuantitativo realizado con las variables seleccionadas y los procedimientos estadísticos más idóneos en función del comportamiento de datos.

### 6.3. Resultados

Se hará una caracterización de la muestra según las variables sociodemográficas. Además de presentar los descriptivos de frecuencias, medias y desviaciones típicas se realizará una prueba de contraste con el estadístico Chi cuadrado para las proporciones, con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en cuanto a estas variables entre hombres y mujeres. Cuando esta opción no pueda establecerse por no disponer del número de sujetos mínimo para su aplicación, se aplicará la prueba F de Fisher.

Por otro lado, dado que se tiene planeado realizar la prueba paramétrica de contraste T de Student para muestras independientes, se comprobó el cumplimiento del supuesto de distribución normal mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov. A pesar de que se ha constatado que varias de las variables cuantitativas analizadas no se ajustan a la normalidad, se ha tomado la determinación de usar la prueba paramétrica igualmente, ya que la muestra es suficientemente amplia como para que el no cumplimiento del supuesto no afectara en gran medida al contraste estadístico, además de que las pruebas paramétricas se consideran de mayor potencia matemática que sus alternativas no paramétricas.

El hecho de que algunas de las variables cuantitativas registradas no se ajustaran al supuesto de distribución normal, es considerado relativamente frecuente al pertenecer al ámbito clínico tanto los y las participantes del estudio como las propias variables que se analizan.

El resumen de cada uno de los apartados del abordaje cuantitativo se mostrará a final de este punto (p. 229).

#### 6.3.1. Datos sociodemográficos y perfiles según el sexo.

Se procede a describir la población entrevistada detallando estas características sociodemográficas. El análisis general va a considerar las diferencias porcentuales existentes dentro de la proporcionalidad de los sexos en la categoría global estudiada salvo cuando se señale la existencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la equivalencia o proporcionalidad.

La muestra estuvo compuesta por 227 personas, 129 hombres (56,8% del total) y 98 mujeres (43,2%) en tratamiento por problemas de drogodependencia o de reciente finalización (Tabla 35, p. 160).

La edad media de la muestra fue de  $M = 40,41$  años ( $DE = 8,366$ ). Por sexos el análisis señala que la edad media de los hombres ( $M = 39,95$ ;  $DE = 6,735$ ) es cercana a los 40 años y la de las mujeres supera los 41 ( $M = 41,02$  años;  $DE = 10,126$ ). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la edad entre hombres y mujeres, señalando la misma una edad media superior entre las féminas. Las mujeres de la muestra, tal y como señalan los datos, son mayores que los varones atendidos en los recursos y presentan más dispersión (Tabla 34, p. 160).

En la muestra hay más mujeres menores de 30 años y mayores de 50 años que de hombres en estas edades, mientras que entre los hombres son más los mayores de 30 y los menores de 50 años. Este hecho apunta a una aprobable mayor exigencia por motivos culturales y educativos hacia las mujeres en las responsabilidades familiares, pudiendo ellas ser el soporte de los cuidados y apoyo, tanto en sus propias familias como de las que proceden.

La mayoría de la población analizada (más de nueve de cada diez, 92,2% de los hombres y el 94,9 de las mujeres) tiene nacionalidad española. Existen diferencias estadísticamente significativas por sexos en las otras nacionalidades ( $p .016$ ). Así un 4,7% de los hombres son de origen magrebí y un 4,1% de las mujeres son sudamericanas.

Con respecto a la situación laboral de la muestra también se han observado diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .009$ ). El 22,5% de la población masculina trabajaba en el momento de la pasación del cuestionario, frente al 15,3% de la femenina activa laboralmente. También son los hombres en mayor proporción que las mujeres, quienes estando parados cobran el subsidio de desempleo (27,1% frente al 16,3%). Las mujeres están más representadas que los hombres entre las personas jubiladas, incapacitadas o pensionistas (15,3% y 10,1% respectivamente).

Existen de igual forma diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuanto a la situación de baja laboral ( $p .020$ ), el 20,2% de los hombres lo está frente al 7,2% de las mujeres.

Las mujeres, en general, han alcanzado mayor nivel educativo que los hombres. Aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexos, el porcentaje de hombres analfabetos o que sólo 'lee y escribe' duplica al de las mujeres (21,3% de hombres frente al 11,2% de mujeres). Ellas también son las que han accedido en mayor proporción a estudios secundarios y universitarios (38,8% frente al 30,7% de los hombres).

Con respecto al estado civil de la muestra, igualmente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ( $p .049$ ). El estado mayoritario es la soltería para ambos sexos, si bien existen más hombres que mujeres en esta situación (56,7% y 51%). Las mujeres casadas, en pareja de hecho, divorciadas y viudas son más que los hombres. Los hombres separados (15,7%) son mayoría respecto de las mujeres (8,2%).

La convivencia, en ambos sexos, se desarrolla principalmente en familia. El 77,6% de las mujeres y el 72,1% de los hombres viven con padres y/o madres y/o hermanos-as. Las diferencias estadísticamente significativas entre unos y otras se hallan en la convivencia con los hijos-as ( $p .000$ ) y con la pareja ( $p .041$ ), siendo las mujeres mayoría en estas modalidades de convivencia. Los hombres que viven en una institución ( $p .006$ ) son el 20,2%, frente al 7,1% de las mujeres institucionalizadas.

Se observa que existen igualmente diferencias estadísticamente significativas por sexo respecto a la convivencia actual cuando ésta se desarrolla con la familia de origen (padres, madres y/o hermanos) o si se mantiene con una familia creada por la persona entrevistada ( $p .001$ ). La mayoría de las mujeres conviven en familias propias, creadas con sus parejas y/o hijos-as (44,9% frente al 22,5%), mientras que la mayoría de los hombres mantienen otras formas de convivencia (con amigos-as, en institución, no tienen vivienda fija) o viven con la familia de origen.

Con respecto al lugar de residencia, la totalidad del colectivo masculino entrevistado (100%), así como parte del femenino (36,7%) reside en la CAPV. El resto de las mujeres residen en Navarra (23,5%), Cantabria (12,2%), Asturias (12,2%), Burgos (10,2%) y La Rioja (5,1%). En la parte correspondiente a la metodología se explicó la necesidad de ampliar el campo muestral de las mujeres participantes a las comunidades autónomas limítrofes para cumplir con las condiciones específicas de acceso al estudio.

Entre las personas participantes residentes en la CAPV<sup>18</sup>, el porcentaje de madres y padres nacidos en esta Comunidad Autónoma abarca aproximadamente el 45% de la muestra entrevistada. El mismo porcentaje de progenitores (45%) ha nacido en otras Comunidades del Estado. No existe distinción estadísticamente significativa entre los sexos en cuanto al lugar de nacimiento de sus progenitores.

Con respecto al lugar de nacimiento, son originarias de la CAPV el 80,4% de las mujeres y el 73,2% de los hombres de la muestra. Entre las personas nacidas en otro lugar del Estado son mujeres el 13,4% y hombres el 18,7%. Fuera del Estado español nacieron el 6,2% de las mujeres y el 8,1% de los hombres respectivamente.

Seis de cada diez mujeres (60,2%) son madres y cuatro de cada diez hombres participantes (41,9%) son padres ( $p .011$ ). Ellas tienen, asimismo, más número de hijos-as que ellos ( $p .038$ ). Las mujeres tienen hijos-as de más edad que los hombres independientemente del lugar que ocupen: primogénito-a, segundo-a, tercero-a o cuarto-a.

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuanto a la convivencia con los hijos-as ( $p .000$ ). Las mujeres madres conviven con los hijos y/o hijas en un porcentaje mayor que los hombres (19,4% de las mujeres frente al 5,4% de los hombres). Son mayoría los hombres cuyos hijos o hijas convivían con la madre pero no con ellos (el 25,6% de los varones que son padres y el 7,1% de las mujeres que son madres). Las mujeres participantes mantienen a sus hijos e hijas con las y los abuelos-as en mayor proporción que los hombres (11,2% de las mujeres frente al 3,9% de los hombres). Un 4,7% de la descendencia de los varones está institucionalizada o experimenta otras formas de convivencia. Este porcentaje alcanza el 9,2% de las hijas e hijos de las mujeres que han sido madres.

De igual forma, se hallan diferencias estadísticamente significativas por sexos con respecto a quién es el-la cabeza de familia ( $p .023$ ). Mayoritariamente son las mujeres y los hombres participantes los que sostienen las responsabilidades y el peso familiar. En segundo lugar, son los padres de los hombres y las mujeres participantes. En los hombres el tercer lugar es el ocupado por 'otros-as' y el cuarto por 'la madre' del participante. En las mujeres, 'ellas mismas y su pareja' ocupa la tercera opción y 'otros-as' la cuarta.

Las mujeres de la muestra conviven con otros familiares en sus domicilios en mayor medida que los hombres. La mayoría de quienes viven en instituciones públicas o concertadas (pisos protegidos, residencias) son hombres (el 19,2% de ellos y el 3,4% de mujeres)<sup>19</sup>.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p .020$ ) en cuanto a quién aporta los mayores ingresos al hogar. Las personas que aportan los mayores ingresos al hogar son las personas que han colaborado en el estudio seguidas por la figura de los padres. Entre las mujeres, 'la pareja' se sitúa en tercer lugar, mientras que entre los hombres son 'otros' (institución, etc) la que ocupa esta posición.

---

<sup>18</sup> No se tiene en cuenta al colectivo femenino participante procedente de otras Comunidades Autónomas. Se recuerda que con el objetivo de la búsqueda de una proporción equitativa entre hombres y mujeres participantes en el estudio, parte de las mujeres pertenecen a otras Comunidades Autónomas distintas a la CAPV.

<sup>19</sup> Estos porcentajes difieren de los señalados anteriormente al referirse a con quién conviven las personas entrevistadas. En este caso algunas personas han especificado que viven con '6 o más personas' en lugar de especificar que residen 'en institución'.

Son más hombres que mujeres quienes disponen de ingresos propios. En los casos en que ambos sexos cuentan con ingresos, la cuantía de los mismos es superior entre los varones.

**Tabla 34. Datos descriptivos de la edad de la muestra participante**

SEXO		Estadístico	Error típ.
Hombres	Edad media	39,95	,593
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	38,77
		Límite superior	41,12
	Media recortada al 5%	39,83	
	Mediana	40,00	
	Varianza	45,364	
	Desv. típ.	6,735	
Mujeres	Media	41,02	1,023
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	38,99
		Límite superior	43,05
	Media recortada al 5%	40,86	
	Mediana	40,50	
	Varianza	102,536	
	Desv. típ.	10,126	

**Tabla 35. Datos sociodemográficos de la muestra participante**

	HOMBRES		MUJERES		
	N=129		N=98		
<b>EDAD</b>	N	%	N	%	$\chi^2(3) = 17,17, p = .001$
Menos de 30 años	2	1,6	10	10,2	
De 30 a 40	65	50,4	40	40,8	
De 41 a 50	56	43,4	33	33,7	
Más de 50	6	4,7	15	15,3	
<b>ETNIA</b>					$\chi^2(3) = 4,41, p = .221$
Caucásica	119	94,4	94	95,9	
Gitana	0	0,0	1	1,0	
	6	4,8	1	1,0	
Otras	1	0,8	2	2,0	
<b>NACIONALIDAD</b>	N	%	N	%	$\chi^2(4) = 12,18, p = .016$
Española	119	92,2	93	94,9	
Sudamericana	0	0,0	4	4,1	
Europa del Este	1	0,8	1	1,0	
Magrebí	6	4,7	0	0,0	
Otras	3	2,3	0	0,0	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>					$\chi^2(10) = 23,67, p = .009$
Activo-a, cuenta propia	8	6,2	3	3,1	
Activo-a, en la Administración	1	0,8	3	3,1	
Activo-a, empresa privada fijo	11	8,5	6	6,1	
Activo-a, empresa privada eventual	9	7,0	4	4,1	
Parado-a con subsidio	35	27,1	16	16,3	
Parado-a sin subsidio	46	35,7	39	39,8	

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
Estudiante	3	2,3	0	0,0	
Amo-a de cada	0	0,0	10	10,2	
Jubilado-a, incapacitado-a, pensionista	13	10,1	15	15,3	
Otras	1	0,8	2	2,0	
Ns.Nc	2	1,6	1	1,0	
<b>RESUMEN SITUACIÓN LABORAL</b>					$\chi^2(3) = 2,57, p = .463$
Activo-a	29	22,5	15	15,3	
Parado-a	97	75,2	80	81,6	
Otras	1	0,8	2	2,0	
Ns.Nc	2	1,6	1	1,0	
<b>SITUACIÓN DE BAJA LABORAL</b>					$\chi^2(2) = 7,85, p = .020$
Si	26	20,2	11	7,2	
No	88	68,2	80	81,6	
Ns.Nc	15	11,6	11	11,2	
<b>ESTUDIOS</b>					$\chi^2(3) = 4,55, p = .208$
Lee y escribe	27	21,3	6	11,2	
Estudios Primarios	61	48,0	49	50,0	
Estudios Secundarios	35	27,6	33	33,7	
Estudios Universitarios	4	3,1	5	5,1	
<b>ESTADO CIVIL</b>					$\chi^2(5) = 11,10, p = .049$
Soltero-a	72	56,7	50	51,0	
Casado-a	12	9,4	15	15,3	
Pareja de hecho	6	4,7	5	5,1	
Separado-a	20	15,7	8	8,2	
Divorciado-a	17	13,4	15	15,3	
Viudo-a	0	0,0	5	5,1	
<b>CONVIVENCIA</b>					$\chi^2(2) = 13,38, p = .001$
Con familia de origen	49	38,0	30	30,6	
Con nueva familia	29	22,5	44	44,9	
Con otros-as u otras formas	51	39,5	24	24,5	
<b>CONVIVENCIA (respuesta múltiple)</b>					
Padre	30	23,3	24	24,5	$\chi^2(1) = 0,05, p = .829$
Madre	43	33,3	37	37,8	$\chi^2(1) = 0,47, p = .490$
Hermanos	20	15,5	15	15,3	$\chi^2(1) = 0,00, p = .967$
Pareja	20	15,5	26	26,5	$\chi^2(1) = 4,19, p = .041$
Hijos-as	10	7,8	30	30,6	$\chi^2(1) = 20,05, p = .000$
Sólo-a	19	14,7	13	13,3	$\chi^2(1) = 0,09, p = .754$
Amigos-as	4	3,1	0	0,0	$\chi^2(1) = 3,09, p = .079$
Otros familiares	3	2,3	5	5,1	$\chi^2(1) = 1,26, p = .261$
En institución	26	20,2	7	7,1	$\chi^2(1) = 7,59, p = .006$
No vivienda fija	9	7,0	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,33, p = .561$
<b>PERSONAS QUE CONVIVEN</b>					
1	24	18,6	21	21,4	$\chi^2(8) = 19,00, p = .015$
2	24	18,6	22	22,4	
3	28	21,7	25	25,5	
4	21	16,3	14	8,2	
5	5	3,9	8	2,0	

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
6	2	1,6	2	2,0	
7	0	0,0	3	3,1	
9	1	0,8	0	0,0	
Institución	24	18,9	3	3,1	
<b>DÓNDE VIVE</b>					$\chi^2(7) = 123,50, p = .000$
Bizkaia	46	35,7	26	26,5	
Gipuzkoa	50	38,8	4	4,1	
Alava	33	25,6	6	6,1	
Cantabria	0	0,0	12	12,2	
Navarra	0	0,0	23	23,5	
La Rioja	0	0,0	5	5,1	
Burgos	0	0,0	10	10,2	
Asturias	0	0,0	12	12,2	
<b>NACIMIENTO DEL PADRE</b>					$\chi^2(2) = 4,63, p = .099$
Donde vives	60	46,9	60	61,2	
En otro lugar del estado	60	46,9	33	33,7	
Fuera del estado español	8	6,3	5	5,1	
<b>NACIMIENTO DE LA MADRE</b>					$\chi^2(2) = 4,50, p = .105$
Donde vives	60	48,0	60	61,9	
En otro lugar del estado	57	45,6	31	32,0	
Fuera del estado español	8	6,4	6	6,2	
<b>NACIMIENTO DEL-LA PARTICIPANTE</b>					$\chi^2(2) = 1,58, p = .453$
Donde resides	90	73,2	78	80,4	
En otro lugar del estado	23	18,7	13	13,4	
Fuera del estado español	10	8,1	6	6,2	
<b>ORIGEN DE LA FAMILIA</b>					$\chi^2(4) = 6,71, p = .152$
Autóctona (del lugar de residn)	46	35,7	51	52,0	
Mixta (padre-madre distin.origen)	28	21,7	14	14,3	
Padre y madre nacidos fuera, usuario en lugar de residencia	27	20,9	18	18,4	
Todos-as nacidos-as fuera lugar residencia	25	19,4	14	14,3	
Ns.Nc	3	2,3	1	1,0	
<b>TIENE HIJOS-AS</b>					$\chi^2(1) = 7,49, p = .005$
Si	54	41,9	59	60,2	
<b>CUÁNTOS HIJOS-AS TIENE</b>					$\chi^2(4) = 12,17, p = .016$
No tengo hijos-as	75	58,1	39	40,8	
1	31	24,0	24	24,5	
2	20	15,5	24	24,5	
3	3	2,3	8	8,2	
4 o más	0	0,0	2	2,0	
<b>QUIEN CUIDA A LOS HIJOS-AS</b>					$\chi^2(5) = 40,84, p = .000$
No tengo hijos-as	75	58,1	39	40,8	
Están con Vd.	7	5,4	20	20,4	
Están con su padre-madre	33	25,6	7	7,1	
Están con los abuelos	5	3,9	11	11,2	
En institución	2	1,6	0	0,0	
Otros	7	5,4	20	20,4	

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
<b>QUIÉN ES EL-LA CABEZA DE LA FAMILIA</b>					$\chi^2(6) = 14,64, p = .023$
Vd. mismo-a	30	23,3	26	26,5	
Su pareja	5	3,9	10	10,2	
Su pareja y Vd.	9	7,0	14	14,3	
Su padre	27	20,9	25	25,5	
Su madre	24	18,6	10	10,2	
Su hermano-a	3	2,3	2	2,0	
Otros	31	24,0	11	11,2	
<b>TIENE PERSONAS DEPENDIENTES A SU CARGO</b>					$\chi^2(2) = 1,45 p = .484$
Si	28	21,7	28	28,6	
No	96	74,4	67	68,4	
Ns.Nc	5	3,9	3	3,1	
<b>QUIÉN APORTA LOS MAYORES INGRESOS</b>					$\chi^2(3) = 9,87 p = .020$
Vd.-su pareja por igual	45	36,3	30	30,9	
Su pareja	10	8,1	21	21,6	
Alguien de mi familia de origen	50	40,3	38	39,2	
Otros	19	15,3	8	8,2	
<b>NIVEL DE INGRESOS</b>					$\chi^2(6) = 6,44 p = .375$
No tengo ingresos	36	27,9	38	38,8	
Menos de 500 euros	27	20,9	22	22,4	
De 500 a 1000	41	31,8	27	27,6	
De 1.000 a 1.500 euros	14	10,9	7	7,1	
De 1.500 a 2.000 euros	7	5,4	2	2,0	
De 2.000 a 2.500 euros	2	1,6	2	2,0	
Más de 2.500	2	1,6	0	0,0	

Tabla 36. Edad de los hijos, frecuencias y estadísticos descriptivos.

		Edad hijo-a 1	Edad hijo-a 2	Edad hijo-a 3	Edad hijo-a 4	
N	Válidos	103	56	11	1	
	Perdidos	124	171	216	226	
	Media	16,39	15,00	13,18	32,00	
	Mediana	15,00	13,00	10,00	32,00	
	Moda	14	10	6	32	
	Desv. típ.	9,321	8,922	8,220		
	Varianza	86,887	79,600	67,564		
	Suma	1688	840	145	32	
	<b>Hombres</b>					
			Edad hijo-a 1	Edad hijo-a 2	Edad hijo-a 3	Edad hijo-a 4
N	Válidos	46	23	2	0	
	Perdidos	83	106	127	129	
	Media	14,35	11,43	11,50		
	Mediana	12,50	11,00	11,50		
	Moda	4	10	5		
	Desv. típ.	8,241	6,388	9,192		
	Varianza	67,921	40,802	84,500		
	Suma	660	263	23		

		Mujeres			
		Edad hijo-a 1	Edad hijo-a 2	Edad hijo-a 3	Edad hijo-a 4
N	Válidos	57	33	9	1
	Perdidos	41	65	89	97
Media		18,04	17,48	13,56	32,00
Mediana		17,00	15,00	10,00	32,00
Moda		14	9	6	32
Desv. típ.		9,874	9,657	8,546	
Varianza		97,499	93,258	73,028	
Suma		1028	577	122	32

### 6.3.2. Relación con las drogas

En la edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia existen diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p$ . 004). Los hombres se inician más precozmente que las mujeres Así el 23,8% de los varones empezaron el consumo antes de los 13 años, frente al 14,5% de las mujeres que lo hicieron a la misma edad. Por otra parte, el 17,6% de ellas (frente al 3,2% de los hombres) comenzaron el consumo de sustancias después de los 25 años (Tabla 37).

**Tabla 37: Diferencias en edad actual, edad de inicio en el consumo de sustancias y edad de inicio en el consumo de la sustancia que lleva a tratamiento. Por sexos.**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		t	Sig.
	M	DE	M	DE		
Edad media actual	39.95	6.73	41.02	10.12	-0.96	.339
Edad de inicio en el consumo de sustancias	16,34	6,09	19,63	9,76	-3.04	.003
Edad de inicio en el consumo de la sustancia que ha llevado a tratamiento	20,40	7.08	22,48	10.93	-1.71	.090
Tiempo de consumo de la droga que lleva a tratamiento	19,54	8,37	17,91	10,05	1,27	.206

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p < 0.05$

Cuando se pregunta por los años en los que se inicia el consumo de la sustancia que origina el tratamiento aparecen diferencias estadísticamente significativas ( $p$  .005). Entre las mujeres los mayores porcentajes se acumulan en dos extremos: por una parte, entre las que comienzan el consumo de forma precoz y, por otra, las que lo inician de forma tardía. La proporción de mujeres que se inician con la droga que las lleva a tratamiento antes de los 13 años es del 6,8 % y en el caso de los hombres se trata de un 3,2%. Las que inician el consumo con esta sustancia después de los 26 años es el 26,6% frente al 16,2% de varones en esas circunstancias (Tabla 38).

Las drogas cuyo consumo ha generado más problemas entre las mujeres, ordenadas según el número de elecciones en respuesta múltiple son: el alcohol (72,4% de las mujeres lo ha consumido), el tabaco (52%), la cocaína (45,9%), opiáceos/heroína (27,6%), cannabis (22,4%), speed/anfetaminas (20,4%) y benzodiacepinas (18,4%), y en menor proporción, alucinógenos (12,2%), drogas de síntesis (10,2%) y otras (4,1%), como la ketamina, metadona, morfina u otras.

Entre los hombres la droga más problemática es la cocaína (76,7%), seguida por el alcohol (64,3%), el tabaco (58,9%), el cannabis (48,1%), el speed/anfetaminas (43,4%), los opiáceos/heroína (37,2%), las drogas de síntesis (21,7%), las benzodiacepinas (20,9%), los alucinógenos (20,2%) y otras como la ketamina, la marihuana u otras (9,5%).

Las diferencias estadísticamente significativas por sexo aparecen en los consumos de cannabis ( $p$  .000) (48,1% de los hombres y el 22,4% de las mujeres), la cocaína ( $p$  .000) (76,7% de los hombres y el 45,9% de las mujeres, speed-anfetaminas ( $p$  .000), con el 43,4% de los hombres y 20,4% de las mujeres) y las drogas de síntesis ( $p$  .022), donde el consumo masculino duplica al femenino (21,7% y 10,2%).

Si se tiene en cuenta la clasificación de las drogas por sus efectos sobre el SNC, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto al consumo de drogas depresoras<sup>20</sup> pero sí se han hallado diferencias estadísticamente significativas respecto de las estimulantes<sup>21</sup> ( $p$  .000), que en este caso las consume el 87,6% de los hombres frente al 66,3% de las mujeres, y de las drogas perturbadoras<sup>22</sup> del SNC ( $p$  .000), consumidas por el 51,9% de los hombres y el 26,5% de las mujeres.

Tampoco se hallan diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto al consumo de drogas legales<sup>23</sup>, pero sí en cuanto a las ilegales<sup>24</sup> ( $p$  .000), siendo el 88,4% de los hombres los que las han consumido frente al 57,1% de las mujeres consumidoras de drogas ilegales.

En cuanto a la frecuencia de consumo, se observa que aproximadamente tres de cada cuatro hombres (71,3%) y dos de cada tres mujeres (64,3%) consumían diariamente. Los hombres mantienen una frecuencia de consumo más elevada que las mujeres.

La situación orgánica de los hombres y las mujeres encuestadas no refleja diferencias estadísticamente significativas por sexo, excepto en lo relativo a los trastornos de la alimentación. Así se observa que la bulimia ( $p$  .001) es padecida por el 9,2% de las mujeres frente a ningún hombre y que la anorexia ( $p$  .016) lo es por el 1,6% de los hombres y el 8,2% de las mujeres de la muestra.

**Tabla 38. Características de la relación con las drogas y situación orgánica por sexos (%).**

	HOMBRES		MUJERES		
	N=129		N=98		
<b>EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO</b>	N	%	N	%	$\chi^2(5) = 17,52, p = .004$
<b>Menos de 10 años</b>	3	2,4	1	1,2	
<b>De los 10 a los 13</b>	27	21,4	12	13,3	
<b>De los 14 a los 17</b>	64	50,8	49	53,8	
<b>De los 18 a los 25</b>	28	22,2	13	14,3	
<b>De los 26 a los 36</b>	2	1,6	6	6,6	
<b>Más de 37 años</b>	2	1,6	10	11,0	
<b>EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE LA DROGA QUE LLEVA A TRATAMIENTO</b>					$\chi^2(5) = 16,62, p = .005$
<b>Antes de los 10 años</b>	1	0,8	1	1,2	
<b>De los 10 a los 13</b>	3	2,4	5	5,6	

<sup>20</sup>Alcohol, Benzodiacepinas, Opiáceos/heroína.

<sup>21</sup> Cocaína, Speed/anfetamina, Tabaco.

<sup>22</sup> Cannabis, Drogas de Síntesis, Alucinógenos.

<sup>23</sup> Alcohol, Benzodiacepinas, Tabaco.

<sup>24</sup> Opiáceos/heroína, Cannabis, Cocaína, Speed/anfetaminas, Drogas de síntesis, Alucinógenos.

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
De los 14 a los 17	50	40,8	40	44,4	
De los 18 a los 25	49	39,8	20	22,2	
De los 26 a los 36	17	13,8	11	12,2	
Más de 37 años	3	2,4	13	14,4	
<b>SUSTANCIAS CON LAS QUE HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	83	64,3	71	72,4	$\chi^2(1) = 1,68, p = .195$
Benzodicepinas	27	20,9	18	18,4	$\chi^2(1) = 0,23, p = .631$
Opiáceos/heroína	48	37,2	27	27,6	$\chi^2(1) = 2,35, p = .125$
Cannabis	62	48,1	22	22,4	$\chi^2(1) = 15,67, p = .000$
Cocaína	99	76,7	45	45,9	$\chi^2(1) = 22,87, p = .000$
Speed/anfetaminas	56	43,4	20	20,4	$\chi^2(1) = 13,23, p = .000$
Drogas de síntesis	28	21,7	10	10,2	$\chi^2(1) = 5,29, p = .022$
Alucinógenos	26	20,2	12	12,2	$\chi^2(1) = 2,5, p = .114$
Tabaco	76	58,9	51	52,0	$\chi^2(1) = 1,07, p = .301$
Otras	12	9,5	4	4,1	$\chi^2(1) = 2,38, p = .128$
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS EN FUNCIÓN DE SUS EFECTOS SOBRE SNC</b>					
Depresoras	107	82,9	86	87,8	$\chi^2(1) = 1,01, p = .315$
Estimulantes	113	87,6	65	66,3	$\chi^2(1) = 14,89, p = .000$
Perturbadoras	67	51,9	26	26,5	$\chi^2(1) = 14,87, p = .000$
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS EN FUNCIÓN DE LA LEGALIDAD</b>					
Legales	110	85,3	87	88,8	$\chi^2(1) = 0,60, p = .440$
Legales sin tabaco	93	72,1	78	79,6	$\chi^2(1) = 1,61, p = .194$
Ilegales	114	88,4	56	57,1	$\chi^2(1) = 28,88, p = .000$
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>					
Todos los días	92	71,3	63	64,3	$\chi^2(4) = 4,40, p = .350$
4 - 6 días a la semana	12	9,3	10	10,2	
2 - 3 días a la semana	16	12,4	13	13,3	
1 día o menos a la semana	6	4,7	4	4,1	
Ns.Nc.	3	2,3	8	8,2	
<b>SITUACIÓN ORGÁNICA (respuesta múltiple)</b>					
Hepatitis A	7	5,4	2	2,0	$\chi^2(1) = 1,68, p = .195$
Hepatitis B	12	9,3	4	4,1	$\chi^2(1) = 2,32, p = .128$
Hepatitis C	28	21,7	21	21,4	$\chi^2(1) = 0,00, p = .960$
VIH (+)	4	3,1	8	8,2	$\chi^2(1) = 2,85, p = .091$
SIDA	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
Enfermedades de transmisión sexual	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
Infección tuberculosa	1	0,8	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,68, p = .408$
Asma	12	9,3	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,09, p = .764$
Bulimia	0	0,0	9	9,2	$\chi^2(2) = 13,78, p = .000$
Anorexia	2	1,6	8	8,2	$\chi^2(1) = 5,78, p = .016$

En este apartado dedicado a la relación con las drogas, se ha determinado la edad media de inicio en el consumo de sustancias, la edad media del consumo de la droga que ha llevado al tratamiento, así como las sustancias con las que se ha tenido problemas, el tipo de sustancia de elección desde el punto de vista legal y en función de sus efectos sobre el SNC, la frecuencia de consumo y la situación orgánica de las personas integrantes de la muestra.

### 6.3.3. Relación de la familia de origen con las drogas

Con respecto a la relación que establece la familia de origen con el consumo de drogas cabe señalar que hay un mayor número de mujeres (61,7%) que de hombres (56,9%) que declaran tener o haber tenido algún familiar con problemas de drogodependencia (Tabla 39).

En este caso, son el 28,6% de las mujeres y el 25,6% de los hombres quienes identifican como problemático al padre, vinculándolo con problemas derivados del consumo de alcohol o problemas de abuso o dependencia de esta sustancia. También es mayor el porcentaje de mujeres (20,4% frente al 14,9% de los hombres) que manifiesta problemas relacionados con el consumo de tabaco por parte de la figura paterna.

Existen diferencias estadísticamente significativas por sexo en el consumo de alcohol y tabaco por parte de la madre ( $p .011$ ). Un 10,2% de las mujeres entrevistadas manifiesta que su madre tuvo problemas con el alcohol, frente al 2,3% de los varones encuestados cuyas madres padecieron algún problema con esta sustancia. En el caso del tabaco ocurre algo similar. Fuma la madre del 14,3% de las mujeres y un 3,9% de las progenitoras de los hombres de la muestra.

Los hombres y mujeres participantes, asimismo, apuntan un problema de dependencia a diversas sustancias por parte de sus hermanos-as. Entre las mujeres se señala en mayor medida la dependencia de los hermanos al tabaco (25,5%), al alcohol (18,4%) y al cánnabis (10,2%). En el caso de los hombres predominan los hermanos-as con adicción al tabaco (19,4%), cánnabis (18,6%), los opiáceos/heroína ( $p .008$ ) (13,2%), el alcohol (12,4%) y la cocaína (10,9%)

Las mujeres mencionan tener relaciones de pareja con hombres que tienen problemas de consumo de sustancias en mayores proporciones que los hombres.

Siguiendo el orden que se especifica en la Tabla 39 es posible concluir que:

- El 10,2% de las mujeres y el 6,2% de los hombres señalan mantener relación con una pareja con problemas por el consumo de alcohol;
- El 8,2% de la muestra femenina y el 0,8% de la masculina tiene pareja con problemas derivados del consumo de heroína ( $p .005$ )
- El 6,1% de las féminas y el 5,4% de los varones señalan mantener relación con una pareja consumidora de cánnabis;
- El 7,1% de las mujeres y 4,7% de los hombres tiene una pareja consumidora de cocaína;
- El 6,1% de las mujeres y 2,3% de los hombres mantienen relación con una pareja que consume speed-anfetaminas;
- El 16,3% de las mujeres y el 7% de los varones manifiestan que su pareja es consumidora de tabaco ( $p .026$ )
- Respecto de las drogas de síntesis y los alucinógenos, el porcentaje de hombres que señala tener relación con una pareja con problemas derivados de su consumo es mayor al de mujeres (aunque las diferencias son imperceptibles): un 1,6% de los hombres y el 1% de las mujeres señalan parejas consumidoras de estas drogas y en el momento de la pasación del cuestionario, con problemas por su consumo.

**Tabla 39. Características del consumo de drogas de los familiares. Por sexos (N y %)**

	HOMBRES		MUJERES		
	N=129	%	N=98	%	
<b>¿ALGÚN FAMILIAR HA TENIDO/TIENE DROGODEPENDENCIA?</b>					$\chi^2(2) = 0,54, p = .459$
Si	70	56,9	58	61,7	
No-Ns.Nc.	59	45,7	40	40,8	
<b>PADRE CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	33	25,6	28	28,6	$\chi^2(1) = 0,25, p = .615$
Benzodicepinas	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
Opiáceos/heroina	0	0,0	0	0,0	
Cannabis	1	0,8	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,68, p = .408$
Cocaína	0	0,0	2	2,0	$\chi^2(1) = 2,66, p = .103$
Speed/anfetaminas	0	0,0	0	0,0	-
Drogas de síntesis	0	0,0	0	0,0	-
Alucinógenos	1	0,8	0	0,0	$\chi^2(1) = 0,76, p = .382$
Tabaco	19	14,9	20	20,4	$\chi^2(1) = 1,68, p = .261$
Otras	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
<b>MADRE CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	3	2,3	10	10,2	$\chi^2(1) = 6,40, p = .011$
Benzodicepinas	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
Opiáceos/heroina	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Cannabis	0	0,0	0	0,0	-
Cocaína	1	0,8	0	0,0	$\chi^2(1) = 0,76, p = .382$
Speed/anfetaminas	0	0,0	0	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Drogas de síntesis	0	0,0	0	0,0	-
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	-
Tabaco	5	3,9	14	14,3	$\chi^2(1) = 7,87, p = .005$
Otras (antidepresivos)	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
<b>HERMANO-A-OS-AS CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	16	12,4	18	18,4	$\chi^2(1) = 1,56, p = .212$
Benzodicepinas	4	3,1	2	2,0	$\chi^2(1) = 2,24, p = .622$
Opiáceos/heroina	17	13,2	3	3,1	$\chi^2(1) = 7,09, p = .008$
Cannabis	24	18,6	10	10,2	$\chi^2(1) = 3,09, p = .079$
Cocaína	14	10,9	9	9,2	$\chi^2(1) = 0,17, p = .195$
Speed/anfetaminas	7	7,0	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,07, p = .797$
Drogas de síntesis	1	0,8	3	3,1	$\chi^2(1) = 1,68, p = .195$
Alucinógenos	4	3,1	4	4,1	$\chi^2(1) = 0,16, p = .691$
Tabaco	25	19,4	25	25,5	$\chi^2(1) = 1,22, p = .270$
Otras (antidepr., ludopatía)	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
<b>PAREJA CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	8	6,2	10	10,2	$\chi^2(1) = 1,22, p = .269$
Benzodicepinas	0	0,0	0	0,0	-
Opiáceos/heroina	1	0,8	8	8,2	$\chi^2(1) = 7,98, p = .005$
Cannabis	7	5,4	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,05, p = .823$
Cocaína	6	4,7	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,64, p = .424$
Speed/anfetaminas	3	2,3	6	6,1	$\chi^2(1) = 2,11, p = .146$
Drogas de síntesis	2	1,6	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,12, p = .729$
Alucinógenos	2	1,6	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,12, p = .729$

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
Tabaco	9	7,0	16	16,3	$\chi^2(1) = 4,97, p = .026$
<b>HIJO-A CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	0	0,0	2	2,0	$\chi^2(1) = 2,65, p = .103$
Benzodiacepinas	0	0,0	0	0,0	-
Opiáceos/heroina	0	0,0	0	0,0	-
Cannabis	0	0,0	2	2,0	$\chi^2(1) = 2,66, p = .103$
Cocaína	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Speed/anfetaminas	0	0,0	0	0,0	-
Drogas de síntesis	0	0,0	0	0,0	-
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	-
Tabaco	0	0,0	5	5,1	$\chi^2(1) = 6,73, p = .009$
<b>OTRAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE... (Respuesta múltiple)</b>					
Alcohol	15	11,6	14	14,2	$\chi^2(1) = 0,35, p = .552$
Benzodiacepinas	4	3,1	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,12, p = .290$
Opiáceos/heroina	11	8,5	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,46, p = .495$
Cannabis	9	7,0	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,34, p = .561$
Cocaína	11	8,5	3	3,1	$\chi^2(1) = 2,87, p = .090$
Speed/anfetaminas	6	4,7	2	2,0	$\chi^2(1) = 1,12, p = .291$
Drogas de síntesis	2	1,6	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,12, p = .729$
Alucinógenos	2	1,6	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,08, p = .781$
Tabaco	10	7,8	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,01, p = .910$
Otros familiares	4	3,2	18	18,2	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$

Otros familiares: Abuela (1), Abuelo (2), tíos (11), primos (6), exparejas (4), cuñados (1), sobrinos (1), amigos (1).

Esta parte ha estado dedicada a la relación de la familia de la población participante con las drogas. Se han extraído las frecuencias y porcentajes de la existencia de drogodependencia en algún miembro familiar y quién-es son con relación a los hombres y mujeres colaboradores: padre, madre, hermanos-as, parejas, hijos-as u otras personas aparte de las nombradas.

#### 6.3.4. Descripción y características de las relaciones de pareja

Con respecto a las relaciones de pareja que hombres y mujeres entrevistadas mantenían en el momento de la pasación del cuestionario y/o han mantenido en el pasado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .030$ ) (Tabla 40). Más de la mitad de la población femenina participante (53,6%) mantiene en el momento del estudio una relación de pareja, mientras que los varones emparejados son poco más de tres de cada diez (35,7%).

De igual manera, existen diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .010$ ) en cuanto al tiempo de duración de la relación actual. Las mujeres están más representadas en las relaciones de pareja de menos de cinco años (50%) y en las de más de 10 años (42,3%). Son el 50% los hombres que cuentan con una relación de pareja por un tiempo inferior a los 5 años y un 26,1% quienes llevan más de 10 años en su relación de pareja.

También se hallan diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuanto al apoyo que se percibe por parte de la pareja ( $p .016$ ). Los hombres declaran que reciben apoyo de sus parejas en menor proporción (31%) que las mujeres (43,9%). También son más los hombres (65,9% frente al

48% de mujeres) que no responden a esta cuestión. Más mujeres que hombres declaran no sentir apoyo (8,2%) de sus parejas (3,1% de los hombres). Las mujeres cuidan la relación y la mantienen en el tiempo en mayor frecuencia que los hombres aunque declaran mayoritariamente no sentirse apoyadas por sus parejas, tanto como los hombres por las suyas.

Los hombres cuya pareja ha tenido alguna relación con las drogas son minoría (3,9%) frente a las mujeres (12,2%), las cuales tienen en mayor medida parejas usuarias de drogas ( $p = .003$ ).

Con respecto a si han mantenido otras relaciones de pareja al margen de la actual en el último año, un porcentaje mayor de mujeres que de hombres (43,9% frente al 31,8%) declara no haber mantenido otra relación de pareja al margen de la actual.

En cuanto al número de relaciones mantenidas al margen de la actual, el 33,4% de los hombres y el 13,3% de las mujeres señalan haber experimentado relaciones afectivas con tres o más personas distintas a la pareja actual en el último año. Las mujeres de la muestra, por tanto, son más estables en sus relaciones de pareja que los hombres.

También se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexos en la relación que las parejas de los hombres y las mujeres encuestadas han mantenido con las drogas ( $p = .027$ ). El 21,4% de las mujeres declaran que todas sus relaciones han sido con personas con consumos problemáticos de drogas (frente al 9,5% de hombres que señalan lo mismo) luego son más los hombres (30,2%) que las mujeres (22,4%) quienes han mantenido relaciones con personas sin ningún vínculo con las drogas.

En cuanto a las relaciones de pareja que se mantenían en el momento de ser entrevistados-as, el cuestionario examinó el nivel de tensión que los-as participantes percibían en estas relaciones. Se hallan diferencias estadísticamente significativas por sexo en las dos preguntas relacionadas con esta cuestión: son más las mujeres (9,2%) que los hombres (3,6%) que consideran que en su actual relación existe 'mucho tensión' ( $p = .059$ ) y que las tensiones existentes en la misma se resuelven con 'mucho dificultad' ( $p = .026$ ), el 9,2% de ellas y el 3,9% de ellos.

**Tabla 40. Características de la relación de pareja. Por sexos (N y %)**

	HOMBRES (N=129)		MUJERES (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>TIENE PAREJA</b>					$\chi^2(2) = 7,06, p = .030$
Si	46	35,7	52	53,6	
No	78	60,9	44	45,2	
Ns.Nc	5	3,9	2	0,9	
<b>TIEMPO QUE LLEVA EN PAREJA</b>					$\chi^2(3) = 13,19, p = .010$
Menos de un años	12	26,1	12	23,1	
De 1 a 5 años	11	23,9	14	26,9	
De 6 a 10 años	11	23,9	4	7,7	
Más de 10 años	12	26,1	22	42,3	
<b>LE APOYA SU PAREJA EN EL TRATAMIENTO</b>					$\chi^2(2) = 8,30, p = .016$
Si	40	31,0	43	43,9	
No	4	3,1	8	8,2	
Ns.Nc	85	65,9	47	48,0	
<b>TIENE SU PAREJA RELACIÓN CON LAS DROGAS</b>					$\chi^2(2) = 11,62, p = .003$

	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
<b>Si</b>	5	3,9	12	12,2
<b>No</b>	37	28,7	40	40,8
<b>Ns.Nc</b>	87	67,3	46	46,9
<b>TIPO DE RELACIÓN QUE SU PAREJA MANTIENE CON LAS DROGAS</b>	$\chi^2(3) = 18,49, p = .000$			
Tiene actual. problemas con drogas	3	2,3	7	7,1
No tiene problemas con drogas	15	11,6	26	26,5
Antes sí, ahora no.	6	4,7	11	11,2
<b>Ns.Nc</b>	105	81,4	54	55,1
<b>CÓMO DEFINE SU RELACIÓN DE PAREJA</b>	$\chi^2(3) = 7,44, p = .059$			
Con mucha tensión	5	3,9	9	9,2
Con alguna tensión	21	16,3	21	21,4
Sin tensión	18	14,0	20	20,4
<b>Ns.Nc</b>	85	65,9	48	49,0
<b>RESUELVEN LAS TENSIONES CON...</b>	$\chi^2(3) = 9,24, p = .026$			
Mucha dificultad	5	3,9	9	9,2
Alguna dificultad	23	17,8	18	18,4
Sin dificultad	16	12,4	23	23,5
<b>Ns.Nc</b>	85	65,9	48	49,0
<b>HA TENIDO PAREJA DIFERENTE A LA ACTUAL EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	$\chi^2(2) = 3,57, p = .168$			
<b>Si</b>	19	14,7	13	13,3
<b>No</b>	41	31,8	43	43,9
<b>Ns.Nc</b>	69	53,4	42	42,9
<b>CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO DISTINTA A LA ACTUAL</b>	$\chi^2(4) = 3,04, p = .551$			
<b>1</b>	5	27,8	6	40,0
<b>2</b>	8	38,9	7	46,7
<b>3</b>	3	16,7	2	13,3
<b>4 o más</b>	3	16,7	0	0,0
<b>SUS PAREJAS ANTERIORES, ¿HAN TENIDO PROBLEMAS CON DROGAS?</b>	$\chi^2(3) = 9,21, p = .027$			
Algunas sí, otras no	53	45,7	34	34,7
Todas han tenido problemas	11	9,5	21	21,4
Ninguna ha tenido problemas	35	30,2	22	22,4
<b>Ns.Nc</b>	17	14,7	21	21,4

En esta parte se ha analizado por frecuencias y porcentajes las principales características de las relaciones de pareja que mantienen los hombres y las mujeres participantes: el tiempo de la relación, el apoyo percibido por la pareja con respecto al tratamiento, la relación con las drogas por parte de esta relación, cómo definen su situación de pareja y cómo resuelven las dificultades, si se ha tenido relación con alguna otra persona en el último año y cuántas parejas se han tenido distinta a la actual.

### 6.3.5. Características del tratamiento actual y expectativas

Como se ha comentado anteriormente, la muestra procede de centros de atención a las drogodependencias públicos y concertados de la CAPV y de comunidades limítrofes. Los tratamientos se han agrupado en cuatro tipos: Ambulatorio, Comunidad Terapéutica, Centro de Día y Asociación de Alcohólicos-as.

Para dos de cada tres personas participantes el tratamiento actual no es el primero que realizan para tratar su problema de drogadicción (Tabla 41).

Con relación al tiempo que se lleva en el actual programa, hay más hombres que mujeres que llevan 'menos de un mes' (5,4% de los hombres frente al 1% de las mujeres), mientras que en el período más largo 'más de dos años y medio', están más representadas las mujeres (11,2% frente al 4,7% de los hombres). Las diferencias estadísticamente significativas se sitúan entre los y las que llevan de 1 a 2 años ( $p$  .042), el 20,9 de los hombres y el 10,2% de las mujeres.

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuanto a la modalidad de tratamiento a la que asisten los hombres y las mujeres participantes ( $p$  .003). Los hombres ingresan mayoritariamente a Comunidades Terapéuticas (72,6% y 55,1%), las mujeres principalmente acuden a la modalidad Ambulatorio (14,3% y 10,5%), Centro de Día (22,4% y 16,9%) o Asociación de Alcohólicos-as (8,2% y 0%). Las mujeres se decantan y permanecen en recursos que les permiten seguir respondiendo a sus obligaciones familiares, hacia sus parejas y/o hijos-as.

Con respecto a la existencia de tratamientos anteriores al que desarrollaban en el momento de la pasación del cuestionario, el 37,7% de las mujeres y el 31% de los hombres ha realizado una o dos experiencias anteriores a ésta. Los hombres son mayoría (26,4% frente al 20,4% de los hombres) cuando los tratamientos previos al actual suman ocho o más.

En cuanto a la modalidad de los tratamientos anteriormente realizados, se hallan diferencias estadísticamente significativas en la modalidad programas metadona ( $p$  .047), y otros (prisión, piso acogida, psicólogo privado, etc) ( $p$  .012), con mayoría masculina y asociación de alcohólicos ( $p$  .010), con asistencia predominantemente femenina.

Las razones por las cuales se puso fin a los tratamientos anteriores, los hombres obtienen porcentajes más altos en: 'Porque pensaba que estaba curado-a' (24,8% y 17,3%), 'No era mi momento de dejarlo' (17,1% y 13,3%) y 'Porque pensaba que no me ayudaban' ( $p$  .038). (16,3% y 7,1%). Las mujeres alegan 'Tuve problemas con los compañeros-as' (4,1% y 0,8%) y 'Conocí a alguien con quien abandoné el programa' (8,2% y 3,9%). Las mujeres muestran problemas de relación con compañeros-as y/o la creación de un vínculo afectivo como razones para el abandono de sus tratamientos, mientras que los hombres señalan un exceso de confianza en ellos mismos, no estar suficientemente motivados o falta de confianza en los tratamientos.

En relación con los problemas a superar para acudir a un tratamiento, los hombres y mujeres declaran: 'Mis obligaciones laborales' (30,2% y 21,4% respectivamente), 'El qué dirán' (17,1% y 17,3%), 'El desacuerdo de mi familia', (15,5% y 13,3%). Se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexos en cuando a la necesidad de superar el problema del 'Cuidado de los hijos-as' a la hora de acudir al tratamiento ( $p$  .004), el 29,6% de las mujeres lo señalan frente al 14% de los hombres.

Se ha preguntado a la población participante si la finalización del tratamiento actual puede ser una experiencia de ayuda para la vida futura. Las mujeres parecen más confiadas en el apoyo que el tratamiento les ofrece, así el 78,1% de ellas y el 70,9% de los hombres piensan que la finalización del programa va a ayudarles mucho.

Para finalizar, se pregunta si la persona en tratamiento conoce o dispone de alguien a quién recurrir cuando tiene problemas. Tres de cada cuatro personas participantes, más mujeres que hombres, manifiestan poder recurrir a alguien ante las dificultades.

**Tabla 41. Características del o de los tratamientos por sexos (%).**

	HOMBRES (N=129)		MUJERES (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>ES ÉSTE SU PRIMER TRATAMIENTO</b>					
$\chi^2(2) = 1,63, p = .443$					
Sí	39	30,7	32	32,7	
No	88	68,2	66	67,3	
Ns.Nc	2	1,6	0	0,0	
<b>CUÁNTOS MESES LLEVA</b>					
$\chi^2(6) = 13,03, p = .042$					
Menos de 1 mes	7	5,4	1	1,0	
De 1 a 3 meses	34	26,4	34	34,7	
De 4 a 7 meses	34	26,4	21	21,4	
De 8 a 12 meses	17	13,2	18	18,4	
De 1 a 2 años	27	20,9	10	10,2	
Más de 2 años	6	4,7	11	11,2	
Ns.Nc	4	3,1	3	3,1	
<b>MODALIDAD DE TRATAMIENTO ACTUAL</b>					
$\chi^2(3) = 14,21, p = .003$					
Ambulatorio	13	10,5	14	14,3	
Comunidad terapéutica	90	72,6	54	55,1	
Centro de día	21	16,9	22	22,4	
Asociación de Alcohólicos	0	-	8	8,2	
<b>SI NO ES EL PRIMERO, ¿CUÁNTOS HA HABIDO CON ANTERIORIDAD?</b>					
$\chi^2(3) = 1,83, p = .767$					
1	25	19,4	25	25,5	
2	15	11,6	12	12,2	
3	10	7,8	8	8,2	
4 ó más	34	26,4	20	20,4	
<b>QUÉ TIPO DE TRATAMIENTOS</b>					
Centro ambulatorio	42	32,6	29	29,6	$\chi^2(1) = 0,23, p = .633$
Centro de Día	25	19,4	17	17,3	$\chi^2(1) = 0,15, p = .696$
Programa metadona	29	22,5	12	12,2	$\chi^2(1) = 3,94, p = .047$
Unidad Desintoxicación Hospitalaria	29	22,5	19	19,4	$\chi^2(1) = 0,40, p = .572$
Comunidad Terapéutica	43	33,3	28	28,6	$\chi^2(1) = 0,59, p = .443$
Asociación Alcohólicos	12	9,3	21	21,8	$\chi^2(1) = 6,59, p = .010$
Hospital	24	18,6	16	16,6	$\chi^2(1) = 0,19, p = .655$
Otros (Prisión, piso acogida, psicólogo priv.)	16	12,4	3	3,1	$\chi^2(1) = 6,33, p = .012$
<b>PORQUÉ RAZÓN-ES PUSO FIN A LOS TRATAMIENTOS (respuesta múltiple)</b>					
El tratamiento finalizó	36	27,9	27	27,6	$\chi^2(1) = 0,00, p = .953$
Porque pensaba que estaba curado-a	32	24,8	17	17,3	$\chi^2(1) = 1,83, p = .176$
Tuve problemas con compañeros-as	1	0,8	4	4,1	$\chi^2(1) = 2,82, p = .093$
No era mi momento de dejarlo	22	17,1	13	13,3	$\chi^2(1) = 0,61, p = .434$
Conocí chico-a en el tratam. y abandonamos	5	3,9	8	8,2	$\chi^2(1) = 1,89, p = .169$
No me sentí acompañado-a ni comprendido-a	4	3,1	3	3,1	$\chi^2(2) = 0,76, p = .683$

	HOMBRES		MUJERES		
	N	%	N	%	
Pensaba que no me ayudaban	21	16,3	7	7,1	$\chi^2(1) = 4,29, p = .038$
Otros	10	7,8	11	11,2	$\chi^2(1) = 0,80, p = .371$
<b>QUÉ PROBLEMAS HA SUPERADO PARA ACUDIR AL TRATAMIENTO</b>					
El cuidado de mis hijos-as	18	14,0	29	29,6	$\chi^2(1) = 8,29, p = .003$
Mis obligaciones laborales	39	30,2	21	21,4	$\chi^2(1) = 2,42, p = .298$
El qué dirán	22	17,1	17	17,3	$\chi^2(1) = 0,76, p = .682$
El desacuerdo de mi familia	20	15,5	13	13,3	$\chi^2(1) = 2,25, p = .391$
El desacuerdo de mi pareja	10	7,8	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,63, p = .303$
Ninguno	31	24,0	36	36,7	$\chi^2(1) = 4,32, p = .027$
Ns.Nc	0	0,0	3	3,1	$\chi^2(1) = 4,00, p = .079$
<b>¿FINALIZAR UN TRATAMIENTO ES UNA EXPERIENCIA QUE AYUDARÁ EN LA VIDA?</b>					$\chi^2(3) = 2,86, p = .414$
Sí, mucho.	90	69,8	75	76,5	
Bastante	30	23,3	17	17,3	
Nada	2	1,6	0	0,0	
Ns.Nc	7	5,4	6	6,1	
<b>EXISTENCIA DE PERSONA-S DE CONFIANZA CUANDO TIENE PROBLEMAS,</b>					$\chi^2(2) = 1,39, p = .498$
Si	94	72,9	78	79,6	
Ns.Nc.	13	10,1	7	7,1	

En esta parte dedicada al tratamiento actual y anteriores se ha indagado sobre las siguientes cuestiones: si este es su primer tratamiento, cuántos ha habido con anterioridad, cuánto tiempo lleva en el tratamiento actual, la modalidad del mismo, tipo de tratamientos anteriores, razones por las cuales se puso fin a los anteriores, problemas que se han debido de superar para acudir al actual, percepción de ayuda del tratamiento actual y existencia cercana de personas de confianza a las que acudir cuando se tiene problemas.

### 6.3.6. Experiencias de Violencia

Se inicia esta parte con la descripción de la población por sexos que ha experimentado violencia y los tipos de la misma. En primer lugar se indaga en el Maltrato que se ha experimentado antes de la adicción, tanto en el Técnico como en el Declarado, continúa con el Maltrato durante la adicción, tanto el Técnico como el Declarado y, para finalizar, las experiencias de violencia sufridas durante el o los tratamientos.

**Tabla 42. Tiempos de análisis de la violencia padecida**

	Maltrato TÉCNICO	Maltrato DECLARADO
Maltrato ANTES de la Drogodependencia	6.3.6.1.1	6.3.6.1.2
Maltrato DURANTE la Drogodependencia	6.3.6.2.1	6.3.6.2.2
Maltrato DURANTE el o los Tratamientos	-	6.3.6.3

### 6.3.6.1. Maltrato padecido ANTES de la drogodependencia

#### 6.3.6.1.1. Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia

Maltrato Técnico recordemos que es el experimentado por mujeres y hombres que no se consideran a sí mismas como personas maltratadas, pero que responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicativos de cierto grado de violencia, clasificados en Violencia física, sexual, psicológica, económica, estructural y espiritual o moral.

Se obvió nombrar la palabra Maltrato en la pregunta que recogía este primer bloque de respuestas, que se expresó de la siguiente forma: *‘Antes de la drogodependencia, ¿diría Vd. que alguna persona de su hogar (padre, madre, hijo-a, hermano-a, pareja, otros-as) ha tenido algunos comportamientos como los que se detallan a continuación?’*.

Las personas participantes que no han señalado ninguna situación de violencia de las 13 situaciones representativas de las formas de Maltrato han sido 61 (26,9%), es decir, 166 del total (el 73,1%) han vivido alguno de los supuestos que identifican los diversos tipos de Maltrato, experimentando con ello algún tipo de Maltrato Técnico. En la Tabla 43 se observa que el 70,5% de los hombres y el 76,5% de las mujeres en tratamiento por drogadicción han sufrido Maltrato Técnico por parte de personas cercanas y antes de la problemática de la drogodependencia.

**Tabla 43. Participantes que han padecido Maltrato Técnico antes de la drogodependencia (N y %).**

Maltrato Técnico	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sí</b>	91	70,5	75	76,5	166	73,1
<b>No-Ns.Nc</b>	38	29,5	23	23,5	61	26,9
<b>TOTALES</b>	127	100	98	100	227	100

$$\chi^2(1) = 1,07, p = .313$$

#### Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia por parte del padre

Las mujeres declaran haber percibido por parte del padre más Violencia Física (12,2% y 6,2% de los hombres), Espiritual o Moral (19,4% y 17,1%) y Sexual (1% y 0%) que los hombres. Éstos declaran en mayor proporción que las mujeres haber sufrido más Violencia Psicológica (42,6% frente a 37,8%) que las mujeres. Con respecto a la Violencia Económica y Estructural, las diferencias son prácticamente inexistentes (Tabla 44). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexos en las violencias ejercidas por el padre.

Si se observa la Tabla 44, las mujeres son mayoría a la hora de seleccionar diez de las 13 frases que recogen los supuestos de violencia cuando la figura que la ejerce es el padre. Las mayores diferencias porcentuales aparecen en los siguientes supuestos: ‘12. No valora el trabajo que realiza’ (24,5% de mujeres y 14,7% de hombres), ‘1. Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos-as, vecinos-as’ (23,5% mujeres y 17,1% hombres), ambas formas de Maltrato psicológico y ‘6. No tiene en cuenta las necesidades de Vd.’ (22,4% mujeres y 16,3% hombres). Las mujeres participantes encuentran por parte del padre, antes de la drogodependencia, una falta de

reconocimiento de sus necesidades reales, falta de valoración a su trabajo y la limitación a sus movimientos.

### **Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia por parte de la madre**

Con relación a la figura materna, los hombres declaran haber sufrido más Violencia Psicológica (35,7% frente al 31,6%) que las mujeres y las mujeres más Violencia Estructural (29,6% y 22,5%), Física (12,2% y 6,2%) y Espiritual o Moral (12,2% y 8,5%) que los hombres. Con respecto a la Violencia Económica, los porcentajes son similares (6,2% de los hombres y 6,1% de las mujeres).

Por sexos, se obtienen las mayores diferencias en las siguientes situaciones: '3. Le ha amenazado o ha insultado' (15,3% en las mujeres y 7% en los hombres), como forma de Maltrato psicológico, '6. No tiene en cuenta las necesidades de Vd.' (18,4% de las mujeres y el 10,1% de los hombres) y '5. Decide las cosas que se puede o no puede hacer' (25,5% y 19,4% en ellos) ambas de Maltrato estructural y '8. Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear' (12,2% y 6,2%), expresión de Maltrato físico.

Se observan diferencias estadísticamente significativas por sexos en '3. Le ha amenazado o ha insultado' ( $p .043$ ), supuesto de Violencia Psicológica. En la categoría de Violencia Física las diferencias no son significativas, aunque están cerca ( $p .088$ ).

### **Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia por parte de hermanos-as e hijos-as**

Cuando la violencia ha sido ejercida por parte de hermano-s o hermana-s, los hombres señalan en mayor proporción que las mujeres haber sufrido más Violencia Espiritual o Moral (7,8% frente a 4,1%), Violencia Estructural (7,8% y 6,1%). Las mujeres indican más Violencia Física (7,1% y 6,2%) y Sexual (2% y 0,8%).

La violencia atribuida a hijos e hijas es prácticamente inexistente. Cuatro hombres y cuatro mujeres señalan haber padecido Violencia filial. Los hombres han sufrido todos Violencia psicológica (N=4) y las mujeres psicológica (N=2), estructural (N=1) y Espiritual o moral (N=1).

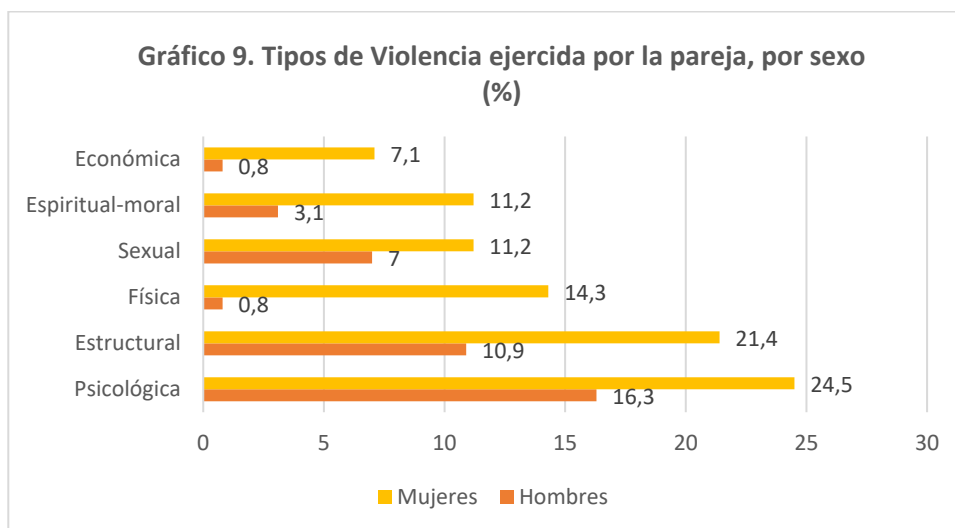
No se observa diferencias estadísticamente significativas por sexos en la violencia que han ejercido los hermanos-as y los hijos-as de los hombres y mujeres participantes.

### **Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia por parte de la-s parejas**

En el caso de la o las parejas de los y las participantes, las mujeres señalan en mayor proporción que los hombres haber sufrido todos los tipos de violencia. Cuando es la pareja la que maltrata, las diferencias son significativas e importantes; las mujeres sufren todos los tipos de violencia por parte de sus parejas, en mayor proporción que los hombres por las suyas (Gráfico 9): la Violencia Psicológica (24,5% y 16,3%), Violencia Física (14,3% y 0,8%), Espiritual o Moral (11,2% y 3,1%), Estructural (21,4% y 10,9%), Económica (7,1% y 0,8%) y Sexual (11,2% y 7,0%).

Existen diferencias estadísticamente significativas en la Violencia Económica, ( $p$  .010) que hombres y mujeres señalan haber recibido de la pareja, al igual que en la Estructural ( $p$  .029), la Física ( $p$  .000) y la Espiritual o moral ( $p$  .015).

Con respecto a la Violencia Psicológica, de los siete ítems que la describen en el cuestionario, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los siguientes: '1.Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos-as, vecinos-as' ( $p$  .032), '3.Le ha amenazado o ha insultado', ( $p$  .036), '7.En ciertas ocasiones le ha producido miedo', ( $p$  .000), '10.Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe', ( $p$  .046), '12.No valora el trabajo que realiza' ( $p$  .018).



### Maltrato padecido antes de la drogodependencia proveniente de otras personas

También las mujeres obtienen mayores porcentajes en todos los tipos de violencia, menos en la Física, cuando la violencia ha sido ejercida por otras personas aparte de las especificadas anteriormente. Los porcentajes son: Violencia Psicológica (17,3% y 12,5%), Estructural (8,2% y 3,9%), Sexual (5,1% y 2,3%), Espiritual o Moral (6,1% y 2,3%) y Económica (5,1% y 3,1%). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas por sexos.

**Tabla 44: Tipos de Violencia padecida ANTES de la Drogodependencia por personas cercanas y Nivel de Significatividad, por sexos (N y %).**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Violencia ejercida por el padre</b>					
Violencia Psicológica	55	42,6	37	37,8	$\chi^2(1) = 0,55, p = .458$
Violencia Económica	12	9,3	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,09, p = .764$
Violencia Estructural	36	27,9	27	27,6	$\chi^2(1) = 0,04, p = .953$
Violencia Sexual	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Violencia Física	21	6,2	20	12,2	$\chi^2(1) = 2,53, p = .112$
Violencia Espiritual o Moral	22	17,1	19	19,4	$\chi^2(1) = 0,20, p = .651$
<b>Violencia ejercida por la madre</b>					
Violencia Psicológica	46	35,7	31	31,6	$\chi^2(1) = 0,40, p = .526$
Violencia Económica	12	9,3	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,09, p = .764$
Violencia Estructural	29	22,5	29	29,6	$\chi^2(1) = 1,48, p = .224$
Violencia Sexual	0	0,0	0	0,0	
Violencia Física	8	6,2	12	12,2	$\chi^2(1) = 2,53, p = .112$
Violencia Espiritual o Moral	11	8,5	12	12,2	$\chi^2(1) = 0,84, p = .358$
<b>Violencia ejerc. por hermano(s)-a(s)</b>					
Violencia Psicológica	18	14,0	13	13,3	$\chi^2(1) = 0,02, p = .881$
Violencia Económica	8	6,3	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,00, p = .969$
Violencia Estructural	10	7,8	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,27, p = .635$
Violencia Sexual	1	0,8	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,68, p = .408$
Violencia Física	7	6,2	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,08, p = .777$
Violencia Espiritual o Moral	9	7,8	4	4,1	$\chi^2(1) = 1,29, p = .255$
<b>Violencia ejerc. por un hijo(s)-a(s)</b>					
Violencia Psicológica	4	3,1	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,68, p = .408$
Violencia Económica	0	0,0	0	0,0	
Violencia Estructural	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Violencia Sexual	0	0,0	0	0,0	
Violencia Física	0	0,0	0	0,0	
Violencia Espiritual o Moral	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
<b>Violencia ejercida por la pareja</b>					
Violencia Psicológica	21	16,3	24	24,5	$\chi^2(1) = 2,36, p = .124$
Violencia Económica	1	0,8	7	7,1	$\chi^2(1) = 6,64, p = .010$
Violencia Estructural	14	10,9	21	21,4	$\chi^2(1) = 4,77, p = .029$
Violencia Sexual	9	7,0	11	11,2	$\chi^2(1) = 1,25, p = .263$
Violencia Física	1	0,8	14	14,3	$\chi^2(1) = 16,47, p = .000$
Violencia Espiritual o Moral	4	3,1	11	11,2	$\chi^2(1) = 5,99, p = .015$
<b>Violencia ejercida de otros-as</b>					
Violencia Psicológica	16	12,5	17	17,3	$\chi^2(1) = 1,05, p = .306$
Violencia Económica	4	3,1	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,59, p = .444$
Violencia Estructural	5	3,9	8	8,2	$\chi^2(1) = 1,89, p = .169$
Violencia Sexual	3	2,3	5	5,1	$\chi^2(1) = 1,26, p = .261$
Violencia Física	9	7,0	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,07, p = .797$
Violencia Espiritual o Moral	3	2,3	6	6,1	$\chi^2(1) = 2,11, p = .146$

La siguiente Tabla 45 muestra por sexos los porcentajes de las 13 frases que recogen los tipos de violencia y quién la ha ejercido. La Tabla 46 muestra las personas responsables del Maltrato Técnico antes de la drogodependencia y la Tabla 47 un resumen de los tipos de maltrato y personas que lo han ejercido.

**Tabla 45. Violencia padecida de tipo Psicológico (ítems 1, 3, 7, 9, 10, 12 y 13), Económico (2), Estructural (5 y 6), Sexual (4), Físico (8) y Espiritual o moral (11) y persona que la ha ejercido antes de la drogodependencia. Por sexos (%).**

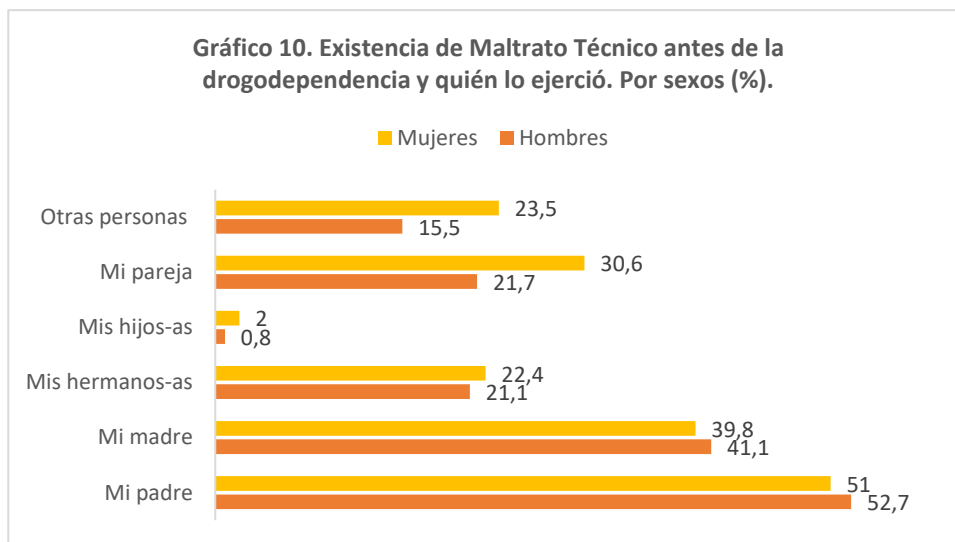
	Padre		Madre		Hermano-a		Hijo-s-as		Pareja		Otra persona	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1. Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos-as, vecinos-as	17,1	23,5	20,2	22,4	2,3	4,1	-	-	3,9	11,2	4,7	4,1
2. Le ha quitado el dinero que otros ganan o no ha dado lo suficiente que se necesita	7,0	8,2	9,3	8,2	6,2	6,1	-	-	0,8	7,1	3,1	5,1
3. Le ha amenazado o ha insultado	18,6	19,4	7,0	15,3	8,5	10,2	-	1,0	4,7	12,2	4,7	10,2
4. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que ud. no tiene ganas	-	1,0	-	-	0,8	2,0	-	-	7,0	11,2	2,3	5,1
5. Decide las cosas que se puede o no puede hacer	23,3	21,4	19,4	25,5	3,9	3,1	-	-	10,9	15,3	3,1	6,1
6. No tiene en cuenta las necesidades de Vd.	16,3	22,4	10,1	18,4	5,4	5,1	-	1,0	5,4	14,3	3,1	6,1
7. En ciertas ocasiones le ha producido miedo	24,0	25,5	6,2	10,2	3,9	5,1	-	-	3,1	17,3	5,4	8,2
8. Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear	16,3	20,4	6,2	12,2	6,2	7,1	-	-	0,8	14,3	7,0	6,1
9. Le dice que no es capaz de hacer nada sin él o ella	10,1	9,2	9,3	8,2	-	3,1	-	1,0	3,1	15,3	3,1	5,1
10. Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe	21,7	17,3	11,6	13,3	7,0	5,1	1,5	-	5,4	12,2	1,6	6,1
11. Ironiza o no valora sus creencias o sus sentimientos	16,3	19,4	8,5	12,2	7,8	4,1	-	1,0	3,1	11,2	2,3	6,1
12. No valora el trabajo que realiza	14,7	24,5	14,0	10,2	10,1	9,2	1,5	-	5,4	13,3	2,3	7,1
13. Delante de sus hijos-as dice cosas para no dejarle en buen lugar	3,1	6,1	1,6	7,1	-	4,1	-	-	3,9	10,2	2,3	2,0

**Tabla 46. Existencia de Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia y quién lo ha ejercido, por sexos (%). Respuesta Múltiple**

	Maltrato Técnico		$\chi^2(1) =$	$p =$
	Hombres	Mujeres		
Mi padre	52,7	51,0	0,64	.800
Mi madre	41,1	39,8	0,38	.845
Mis hermanos-as	22,5	16,3	1,33	.249
Mis hijos-as	3,1	4,1	0,68	.408
Mi pareja	21,7	30,6	2,32	.128
Otras personas sin especificar	15,5	23,5	2,22	.137

**Tabla 47. Tipos de Violencia padecida y personas que la han ejercido ANTES DE la drogodependencia por sexos (%) (Respuesta múltiple)**

	Padre		Madre		Hermano-a		Hijo-s-a-s		Pareja-s		Otra-s persona-s	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Violencia Psicológica</b>	42,6	37,8	35,7	31,6	14,0	20,4	0,8	-	16,3	24,5	13,2	17,3
<b>Violencia Económica</b>	9,3	8,2	9,3	8,2	6,2	6,1	-	-	0,8	7,1	0,8	7,1
<b>Violencia Sexual</b>	-	-	-	-	0,8	2,0	-	-	7,0	11,2	2,3	5,1
<b>Violencia Estructural</b>	27,9	27,6	22,5	29,6	7,8	6,1	0,8	1,0	10,9	21,4	3,9	8,2
<b>Violencia Física</b>	6,2	12,2	6,2	12,2	6,2	7,1	-	-	0,8	14,3	7,0	6,1
<b>Violencia Espiritual o Moral</b>	17,1	19,4	8,5	12,2	-	-	-	-	3,1	11,2	2,3	6,1



### 6.3.6.1.2. Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia

Se recuerda que **Maltrato Declarado** se denomina a los casos en los que hombres y/o mujeres reconocen haber sido maltratados, es decir, se autoclasican como tales. Para detectar el Maltrato Declarado, la pregunta que se realizó quedó definida así: ‘¿Ha vivido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado-a por algún familiar, por su pareja o por alguna persona de las que conviven/han convivido/se ha relacionado con Ud.?, de respuesta Si, No y NsNc.

Del total de la muestra, 116 personas (el 51,1%) han manifestado haber sido maltratadas en algún momento de su vida por parte de alguien cercano. De éstas, el 67,3% son mujeres y el 38,8% hombres (Tabla 48).

**Tabla 48. Existencia de Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia y quién lo ha ejercido por sexos (N y %).**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	50	38,8	66	67,3	116	51,1
<b>No-Ns.Nc.</b>	79	61,2	32	32,7	111	48,9

$$\chi^2(1) = 18,21, p = .000$$

Las diferencias estadísticamente significativas se aprecian en el Maltrato proveniente de la pareja ( $p$ . 020), 13,3% de las mujeres frente al 4,7% de los hombres, la expareja ( $p$ . 099), 21,4% y 13,2%, y otras personas ( $p$ . 041), 14,3% y 6,2% (Tabla 49).

Tabla 49. Persona responsable del Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia (N y%)

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
Mi padre	31	24,0	28	28,6	$\chi^2(1) = 0,59, p = .440$
Mi madre	17	13,2	20	20,4	$\chi^2(1) = 2,13, p = .144$
Mis hermanos-as	16	12,4	11	11,2	$\chi^2(1) = 0,07, p = .786$
Mis hijos-as	2	1,6	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,08, p = .781$
Mi pareja	6	4,7	13	13,3	$\chi^2(1) = 5,39, p = .020$
Ex pareja	17	13,2	21	21,4	$\chi^2(1) = 2,72, p = .099$
Vecino-a	4	3,1	3	3,1	$\chi^2(1) = 0,00, p = .986$
Compañero-a de trabajo	6	4,7	1	1,0	$\chi^2(1) = 2,46, p = .117$
Otras personas	8	6,2	14	14,3	$\chi^2(1) = 4,16, p = .041$



La Tabla 50 recoge la frecuencia con la que se ha sufrido el Maltrato y la duración temporal del mismo.

Tabla 50. Frecuencia de las experiencias de Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia, por sexos (% Horizontales). Respuesta múltiple

	¿Con qué frecuencia? <sup>25</sup>						¿Cuánto tiempo? <sup>26</sup>			
	Una o + veces al mes		Varias veces al año		Alguna ocasión aislada		Menos de un año		Más de un año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Mi padre	67,7	64,3	25,8	17,9	6,5	17,8	13,0	15,0	86,9	85,0
Mi madre	76,5	40,0	11,8	35,0	11,7	25,0	-	12,5	100,0	87,5
Mis hermanos-as	62,5	45,5	31,3	27,3	6,2	27,1	16,7	-	83,3	100,0
Mis hijos-as	-	100,0	50,0	-	50,0	-	-	-	100,0	100,0
Mi pareja	66,7	46,2	33,3	30,8	-	23,0	16,7	-	83,3	100,0
Expareja	52,9	52,4	23,5	38,1	23,6	9,5	30,0	17,6	70,0	82,4
Vecino-a	100,0	66,7	-	33,3	-	16,7	50,0	-	50,0	100,0
Compañ. de trabajo	50,0	-	33,3	-	16,7	-	50,0	-	50,0	-
Otras personas	50,0	50,0	-	21,4	50,0	28,6	33,3	25,0	66,6	75,0

<sup>25</sup> Los hombres suman 100% y las mujeres 100%.

<sup>26</sup> Los hombres suman 100% y las mujeres 100%.

Con respecto a la frecuencia, se observa que el porcentaje mayoritario de personas que declaran haber padecido Maltrato, tanto hombres como mujeres, se acumula en frecuencias altas ('una o más veces al mes').

Con respecto al tiempo de padecimiento de este Maltrato, en ambos sexos las frecuencias más altas aparecen en 'más de un año'.

Se preguntó además si esa-s persona-s maltratadora-s tenía-n algún problema: 'Bebía demasiado', 'Consumía drogas', 'Estaba en paro', 'Tenía problemas psicológicos', 'Era violenta por naturaleza', 'Ha sido maltratada en la niñez', 'Se encontraba estresado-a por algún problema' (Tabla 51):

**Tabla 51. Problema-s de las personas que han ejercido la Violencia Declarada antes de la drogodependencia (N y %) Respuesta múltiple**

	Hombres		Mujeres		
	N	%	N	%	
<b>Bebía demasiado</b>	32	24,8	26	26,5	$\chi^2(1) = 0,08, p = .768$
<b>Consumía drogas</b>	14	10,9	19	19,4	$\chi^2(1) = 3,26, p = .071$
<b>Estaba en paro</b>	5	3,9	11	11,2	$\chi^2(1) = 4,59, p = .032$
<b>Tenía problemas psicológicos</b>	7	5,4	15	15,3	$\chi^2(1) = 6,21, p = .013$
<b>Era violento por naturaleza</b>	12	9,3	19	19,4	$\chi^2(1) = 4,80, p = .028$
<b>Ha sido maltratado en la niñez</b>	10	7,8	15	15,3	$\chi^2(1) = 3,24, p = .072$
<b>Se encontraba estresado-a por algún problema</b>	19	14,7	26	26,5	$\chi^2(1) = 4,88, p = .027$

Ambos sexos parecen recurrir a causas distintas para explicar la-s experiencia-s. Si bien, en general para ambos colectivos, el Maltrato proviene de persona-s que 'Bebían demasiado' y que 'Se encontraban estresados-as por algún problema', las diferencias estadísticamente significativas por sexos se encuentran en: 'Tenía problemas psicológicos' ( $p .013$ ), 15,3% y 5,4%, mujeres y hombres respectivamente, 'Estaba en paro' ( $p .032$ ), 11,2% y 3,9% y 'Se encontraba estresado por algún problema' ( $p .027$ ) 26,5% y 14,7%.

### 6.3.6.2. Maltrato padecido DURANTE la drogodependencia.

#### 6.3.6.2.1. Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia

Al igual que se ha procedido en el apartado A, en esta parte se tratará de cuantificar tipo y grado de Maltrato, tanto Técnico como Declarado, que los hombres y mujeres participantes han experimentado durante su etapa de drogodependencia.

La pregunta que recogió la información se redactó igual que en el apartado A: *Durante la experiencia con las drogas, con qué frecuencia diría Vd. que alguna persona de su hogar (pareja, padre, madre, hijo-a, hermano-a, otros-as) ha tenido algunos comportamientos como los que se detallan.*

Se han agrupado los porcentajes en función de los diferentes tipos de Maltrato analizados según las 13 frases propuestas que recogen todos los tipos. Los porcentajes globales se detallan en la Tabla 54.

Las personas participantes que han registrado haber padecido Maltrato Técnico durante la drogodependencia son 164 (72,2%) de los 227 participantes. Las mujeres son mayoría (76,5% frente al 69% de los hombres). Las diferencias no son significativas por sexos (Tabla 52 y 53).

**Tabla 52. Participantes que han sufrido Maltrato Técnico durante la drogodependencia, por sexos (N y %).**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	89	69,0	75	76,5	164	72,2
<b>No-Ns.Nc.</b>	40	31,0	23	23,4	63	27,8

$$\chi^2(1) = 1,578 \quad p = .209$$

**Tabla 53. Existencia de Maltrato Técnico durante la drogodependencia y quién lo ha ejercido, por sexos (%). (Respuesta Múltiple)**

	Técnico		
	Hombres	Mujeres	
<b>Mi padre</b>	40,3	31,6	$\chi^2(1) = 1,80, p = .179$
<b>Mi madre</b>	36,4	32,7	$\chi^2(1) = 0,35, p = .554$
<b>Mis hermanos-as</b>	20,2	15,3	$\chi^2(1) = 0,88, p = .347$
<b>Mis hijos-as</b>	0,8	5,1	$\chi^2(1) = 4,05, p = .044$
<b>Mi pareja</b>	31,0	45,9	$\chi^2(1) = 5,29, p = .021$
<b>Otras personas sin especificar</b>	25,6	18,4	$\chi^2(1) = 1,66, p = .197$

### Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia por parte del padre

Con relación a la violencia ejercida por el padre, los hombres han sufrido más Violencia Psicológica (36,4% frente al 29,6%), económica (10,9% y 4,1%) por parte de esta figura que las mujeres. Las mujeres más Violencia Espiritual o moral (16,3% frente al 11,6%), física (14,3% y (12,4%) que los hombres. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexos.

De los 13 supuestos de violencia, las mujeres obtienen porcentajes mayores en nueve de ellos cuando la violencia proviene de su progenitor.

### Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia por parte de la madre

Si se tiene en cuenta la figura materna se observa que los hombres han sufrido más Violencia Técnica psicológica (32,6% en ellos y 27,6% en ellas), estructural (22,5% y 18,4%) y económica (9,3% y 4,1%) por parte de la madre que las mujeres. Las mujeres en general han sufrido más Violencia Física (11,2%) por parte de sus madres que los hombres (5,4%).

### Maltrato técnico durante la drogodependencia por parte de los-as hijos-as

Analizando el Maltrato de los-as hijos-as hacia las personas colaboradoras en el estudio, un porcentaje mayor de mujeres, aunque sin llegar a ser significativo, declara haber sufrido Maltrato por parte de sus hijos-as.

### Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia por parte de los-as hermanos

Cuando el Maltrato se produce por parte de los-as hermanos-as no hay apenas diferencias en los porcentajes de los hombres y las mujeres y sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.

### **Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia por parte de la pareja**

En general, los porcentajes de mujeres que declaran haber experimentado Maltrato Técnico por parte de sus parejas duplican los masculinos y, en situaciones de Maltrato físico, se cuatriplican. Así, un 23,5% de las mujeres se declaran maltratadas a manos de sus parejas durante el periodo de adicción a las drogas, frente al 5,4% de los hombres maltratados por las suyas en igual periodo. La misma diferencia se presenta en uno de los supuestos de Maltrato psicológico 'en ciertas ocasiones le ha producido miedo'.

En general, las mujeres sufren todos los tipos de Violencia por parte de sus parejas en mayor proporción que los hombres. Cuando es la pareja la que maltrata, las diferencias entre los sexos son significativas en el Maltrato físico ( $p .000$ ), psicológico ( $p .007$ ), espiritual o moral ( $p .028$ ), sexual ( $p .046$ ).

### **Maltrato Técnico padecido durante la drogodependencia por parte de otras personas**

Cuando el Maltrato proviene de otras personas distintas a las ya analizadas, los porcentajes en las mujeres son mayores en todos los tipos de Violencia menos, y con diferencias mínimas, en la psicológica. Las diferencias por sexos son significativas en la Violencia Sexual ( $p .032$ ), el 7,1% de las mujeres participantes manifiestan haberlo sufrido sobre el 1,6% de los hombres.

**Tabla 54: Tipos de Violencia padecido DURANTE la Drogodependencia por personas cercanas y Nivel de Significatividad, por sexos (N y %).**

	Hombres (n = 129)		Mujeres (n = 98)		
	N	%	N	%	
<b>Violencia recibida ejercida por el padre</b>					
Violencia Psicológica	47	36,4	29	29,6	$\chi^2(1) = 1,17, p = .279$
Violencia Económica	14	10,9	4	4,1	$\chi^2(1) = 3,50, p = .061$
Violencia Estructural	30	24,0	23	23,5	$\chi^2(1) = 0,01, p = .922$
Violencia Sexual	2	1,6	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,08, p = .781$
Violencia Física	16	12,4	14	14,3	$\chi^2(1) = 0,17, p = .678$
Violencia Espiritual o Moral	15	11,6	16	16,3	$\chi^2(1) = 1,04, p = .307$
<b>Violencia recibida ejercida por la madre</b>					
Violencia Psicológica	42	32,6	27	27,6	$\chi^2(1) = 0,66, p = .417$
Violencia Económica	12	9,3	6	6,2	$\chi^2(1) = 0,73, p = .392$
Violencia Estructural	29	22,5	18	18,4	$\chi^2(1) = 0,57, p = .449$
Violencia Sexual	0	0,0	0	0,0	-
Violencia Física	7	5,4	11	11,2	$\chi^2(1) = 2,56, p = .109$
Violencia Espiritual o Moral	13	10,1	10	10,2	$\chi^2(1) = 0,01, p = .975$
<b>Violencia recibida ejercida por un hermano-a</b>					
Violencia Psicológica	18	14,0	13	13,3	$\chi^2(1) = 0,02, p = .881$
Violencia Económica	4	3,1	4	4,1	$\chi^2(1) = 0,16, p = .691$
Violencia Estructural	9	7,0	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,02, p = .961$
Violencia Sexual	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$
Violencia Física	7	5,4	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,28, p = .594$
Violencia Espiritual o Moral	7	5,4	4	4,1	$\chi^2(1) = 0,22, p = .640$
<b>Violencia recibida ejercida por un hijo-a</b>					
Violencia Psicológica	1	0,8	5	5,1	$\chi^2(1) = 4,05, p = .044$
Violencia Económica	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .382$
Violencia Estructural	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,04, p = .845$
Violencia Sexual	0	0,0	0	0,0	-
Violencia Física	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,76, p = .382$
Violencia Espiritual o Moral	1	0,8	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,763, p = .382$
<b>Violencia recibida ejercida por la pareja</b>					
Violencia Psicológica	32	24,8	41	41,8	$\chi^2(1) = 7,40, p = .007$
Violencia Económica	9	7,0	11	11,2	$\chi^2(1) = 1,25, p = .263$
Violencia Estructural	28	21,7	25	25,5	$\chi^2(1) = 0,45, p = .502$
Violencia Sexual	12	9,3	18	18,4	$\chi^2(1) = 3,99, p = .046$
Violencia Física	7	5,4	23	23,5	$\chi^2(1) = 15,80, p = .000$
Violencia Espiritual o Moral	11	8,5	18	18,4	$\chi^2(1) = 4,83, p = .028$
<b>Violencia recibida ejercida por otros-as</b>					
Violencia Psicológica	17	13,2	12	12,2	$\chi^2(1) = 0,04, p = .835$
Violencia Económica	6	4,7	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,02, p = .875$
Violencia Estructural	7	5,4	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,28, p = .594$
Violencia Sexual	2	1,6	7	7,1	$\chi^2(1) = 4,58, p = .032$
Violencia Física	2	1,6	6	6,1	$\chi^2(1) = 3,42, p = .064$
Violencia Espiritual o Moral	7	5,4	7	7,1	$\chi^2(1) = 0,28, p = .594$

**Tabla 55. Violencia padecida de tipo psicológico (ítems 1, 3, 7, 9, 10, 12 y 13), económico (2), estructural (5 y 6), sexual (4), físico (8) y espiritual o moral (11) y persona que la-s ha ejercido durante la drogodependencia, por sexos (%) Respuesta múltiple**

	¿De qué persona se trata?, ¿Quién fue?											
	Padre		Madre		Hijo-s-as		Hermanos-as		Pareja		Otras-os	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1. Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos-as, vecinos-as	16,3	21,4	16,3	20,4	0,8	2,0	3,1	4,1	10,9	20,4	2,3	7,1
2. Le ha quitado el dinero que otros ganan o no ha dado lo suficiente que se necesita	10,9	4,1	9,3	6,1	-	1,0	3,1	4,1	7,0	11,2	4,7	5,1
3. Le ha amenazado o ha insultado	18,6	18,4	14,0	16,3	0,8	4,0	10,1	10,2	11,6	26,5	4,7	8,2
4. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que Ud. no tiene ganas	-	2,0	-	-	-	-	-	1,0	9,3	18,4	1,6	7,1
5. Decide las cosas que se puede o no puede hacer	16,3	19,4	16,3	14,3	0,8	1,0	3,1	3,1	20,2	20,4	1,6	5,1
6. No tiene en cuenta las necesidades de Vd.	14,0	18,4	13,2	14,3	-	1,0	4,7	6,1	10,1	21,4	5,4	5,1
7. En ciertas ocasiones le ha producido miedo	17,1	15,3	3,9	5,1	0,8	1,0	4,7	4,1	6,2	23,5	6,2	8,2
8. Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear	12,4	14,3	5,4	11,2	0,8	1,0	5,4	7,1	5,4	23,5	1,6	6,1
9. Le dice que no es capaz de hacer nada sin él o ella	5,4	10,2	8,5	9,2	0,8	2,0	0,8	2,0	12,4	21,4	3,1	5,1
10. Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe	12,4	15,3	12,4	12,2	0,8	1,0	4,7	3,1	9,3	18,4	3,1	4,1
11. Ironiza o no valora sus creencias o sus sentimientos	11,6	16,3	10,1	10,2	0,8	1,0	5,8	4,1	8,5	18,4	5,4	7,1
12. No valora el trabajo que realiza	11,6	19,4	9,3	8,2	-	-	4,7	6,1	11,6	23,5	2,3	7,1
13. Delante de sus hijos-as dice cosas para no dejarle en buen lugar	0,8	5,1	0,8	3,1	-	-	-	4,1	7,8	13,3	2,3	4,1

### 6.3.6.2.2. Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia

Igualmente, se pretende conocer cuántas personas en este mismo periodo, durante la drogodependencia, manifiestan Maltrato Declarado.

Del total de la muestra, 103 personas (45,4% del total) han manifestado haber sido maltratadas durante la drogodependencia por alguien cercano. De ellas, el 49,2% son mujeres y el 34,9% hombres. Las mayores diferencias por sexos se aprecian en las mujeres, cuando el Maltrato proviene de la pareja y la expareja, y en los hombres cuando éste proviene de otras personas (Tabla 56).

**Tabla 56. Existencia de Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia, por sexos (%) (Respuesta múltiple)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	45	34,9	58	59,2	103	45,8
<b>No-Ns.Nc.</b>	84	65,1	40	40,8	124	54,6

$$\chi^2(1) = 13,26 \quad p = .000$$

Las diferencias estadísticamente significativas se aprecian en el Maltrato proveniente de la expareja ( $p .001$ ), 25,5% de las mujeres frente al 9,3% de los hombres y los hijos ( $p .021$ ), 6,1% y 0,8% (Tabla 57).

**Tabla 57. Existencia de Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia y quién lo ejerció, por sexos (%). (Respuesta múltiple)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Mi padre</b>	16	12,4	15	15,3	$\chi^2(1) = 0,39, p = .528$
<b>Mi madre</b>	13	10,1	11	11,2	$\chi^2(1) = 0,07, p = .781$
<b>Mis hermanos-as</b>	16	12,4	10	10,2	$\chi^2(1) = 0,26, p = .606$
<b>Mis hijos-as</b>	1	0,8	6	6,1	$\chi^2(1) = 5,33, p = .021$
<b>Mi pareja</b>	21	16,3	25	24,3	$\chi^2(1) = 2,93, p = .087$
<b>Ex pareja</b>	12	9,3	25	25,5	$\chi^2(1) = 10,72, p = .001$
<b>Vecino-a</b>	2	1,6	1	1,0	$\chi^2(1) = 0,12, p = .729$
<b>Compañero-a de trabajo</b>	2	1,6	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,07, p = .781$
<b>Otras personas</b>	12	9,3	4	4,1	$\chi^2(1) = 2,31, p = .128$

Con respecto a la frecuencia y al tiempo que hombres y mujeres han sufrido Maltrato durante la drogodependencia, en la Tabla 58 se observa que en el Maltrato sufrido tanto por los hombres (45 en total, el 34,9%) como por las mujeres (58 en total, el 59,2%) los porcentajes mayoritariamente se acumulan en las frecuencias altas en las mujeres ('una o más veces al mes'), y en los hombres ésta es distinta según la persona de la que proceda el Maltrato.

Con relación al tiempo en el que se prolongó o duró el Maltrato durante la etapa de drogodependencia, tanto los hombres como las mujeres declaran sufrirlo, en mayor medida, durante más de un año.

**Tabla 58. Frecuencia de las experiencias de Maltrato Declarado padecido DURANTE la drogodependencia, por sexos (% Horizontales). (Respuesta múltiple)**

	¿Con qué frecuencia? <sup>27</sup>						¿Cuánto tiempo? <sup>28</sup>			
	Una o + veces al mes		Varias veces al año		Alguna ocasión aislada		Menos de un año		Más de un año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Mi padre</b>	43,8	80,0	37,5	20,0	18,7	-	7,7	15,4	92,3	84,6
<b>Mi madre</b>	61,5	81,8	30,8	18,2	7,7	-	10,0	30,0	90,0	70,0
<b>Mis hermanos-as</b>	37,5	50,0	43,8	30,0	18,7	20,0	15,4	33,3	84,6	66,7
<b>Mis hijos-as</b>	-	33,3	100,0	33,3	-	66,6	-	40,0	100,0	60,0
<b>Mi pareja</b>	61,9	64,0	33,3	24,0	4,8	12,0	43,8	17,4	56,3	82,6
<b>Expareja</b>	66,7	64,0	8,3	24,0	25,0	12,0	20,0	19,0	80,0	81,0
<b>Vecino-a</b>	-	100,0	100,0	-	-	-	50,0	-	50,0	100,0
<b>Compañ. de trabajo</b>	50,0	100,0	-	-	50,0	-	50,0	100,0	50,0	-
<b>Otras personas</b>	33,3	25,0	41,7	75,0	25,0	-	60,0	33,3	40,0	66,7

<sup>27</sup> Los hombres suman 100% y las mujeres 100%.

<sup>28</sup> Los hombres suman 100% y las mujeres 100%.

De igual manera se pregunta por las razones que pudieran existir a juicio de los participantes para explicar estos comportamientos. Las mujeres manifestaron que la persona 'Consumía drogas' (30,6%) y/o 'Se encontraba estresada por algún problema (25,5%)'. Los hombres afirman que el Maltrato generalmente provenía de persona-s que 'Bebían demasiado' (16,3%) y/o que 'Se encontraban estresados-as por algún problema' (14%) Ambos sexos parecen recurrir a causas distintas para explicar la-s experiencia-s.

**Tabla 59. Problema-s de la persona que ha ejercido la Violencia<sup>29</sup>. Por sexos (N y %).**  
(Respuesta múltiple)

	Hombres		Mujeres		
	N	%	N	%	
<b>Bebía demasiado</b>	21	16,3	23	23,5	$\chi^2(2) = 3.93, p = .140$
<b>Consumía drogas</b>	16	12,4	30	30,6	$\chi^2(2) = 13,18, p = .001$
<b>Estaba en paro</b>	6	4,7	14	14,3	$\chi^2(2) = 8.47, p = .014$
<b>Tenía problemas psicológicos</b>	13	10,1	21	21,4	$\chi^2(2) = 6.28, p = .043$
<b>Era violento por naturaleza</b>	9	7,0	21	21,4	$\chi^2(2) = 11.40, p = .003$
<b>Ha sido maltratado en la niñez</b>	5	3,9	13	13,3	$\chi^2(2) = 8.08, p = .018$
<b>Estresado-a por problema-s</b>	18	14,0	25	25,5	$\chi^2(2) = 5.48, p = .064$

### 6.3.6.3. Maltrato padecido DURANTE el o los tratamientos

Cuando se preguntó por las experiencias de Maltrato durante los tratamientos, la pregunta fue directa, es decir, no se ha indagado el Maltrato técnico que la población participante podría haber padecido, sino únicamente se ha estudiado el Maltrato Declarado.

De la misma manera a como se ha procedido en los apartados A y B, en esta parte se cuantifica el Maltrato Declarado que los hombres y mujeres participantes han padecido durante el periodo de tratamiento, actual o pasado.

Como se aprecia en la Tabla 60, 30 personas de las 227 participantes en el estudio declaran haber experimentado violencia en algún centro de tratamiento. De ellos un porcentaje mayor de hombres (14,7%) que de mujeres (11,2%) declara tales experiencias.

**Tabla 60. Existencia de Maltrato Declarado padecido en algún centro de tratamiento.**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	19	14,7	11	11,2	30	13,2
<b>No, Ns.Nc</b>	110	85,3	87	88,8	197	86,8

$$\chi^2(1) = 0,596, p = .440$$

Igualmente y como complemento a esta pregunta, se pidió responder al conocimiento de Maltrato realizado en algún centro de tratamiento a alguna persona que el participante conociera. El 18,9% de la población de estudio respondió que sí. No hay diferencias por sexos (Tabla 61).

<sup>29</sup> Respuesta múltiple. (Si,No,Ns.Nc).

**Tabla 61. Conocimiento de Maltrato sobre alguien conocido en algún centro de tratamiento (N y%).**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	25	19,4	18	18,4	43	18,9
<b>No, Ns.Nc</b>	104	80,6	80	81,6	184	81,1

$$\chi^2(1) = 0,037, p = .847$$

Además de lo anterior, se preguntó si *durante el periodo de tratamiento, alguna persona participante se ha sentido maltratada por algún familiar o persona cercana*. Según se aprecia en la Tabla 62, el 13,2% de los hombres y el 22,4% de las mujeres responden positivamente, siendo estas diferencias cercanas a ser estadísticamente significativas.

**Tabla 62. Existencia de Maltrato Declarado ejercido por algún familiar o persona cercana durante el tiempo que duró el o los tratamientos, por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	17	13,2	22	22,4	39	17,8
<b>No-Ns.Nc</b>	112	86,8	76	77,6	188	82,2

$$\chi^2(1) = 3,36, p = .067$$

Con respecto a quién ejerció este Maltrato, las mujeres obtienen porcentajes mayores que los hombres en todos los casos de personas que ejecutaron el Maltrato, menos en el caso de si éste procedía de la expareja. Las diferencias estadísticamente significativas se mostraron cuando la pareja fue la que lo realizó ( $p = .006$ ), con el 11,2% de las mujeres y 2,3% de los hombres (Tabla 63).

**Tabla 63. Maltrato Declarado padecido durante el tiempo que duró el o los tratamientos y quién lo ha ejercido por sexos (N y %).**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Mi pareja</b>	3	2,3	11	11,2	$\chi^2(1) = 7,62, p = .006$
<b>Mis hijos-as</b>	4	3,1	7	7,1	$\chi^2(1) = 1,97, p = .160$
<b>Mi padre</b>	3	2,3	3	3,1	$\chi^2(1) = 0,11, p = .732$
<b>Mi madre</b>	3	2,3	3	3,1	$\chi^2(1) = 0,11, p = .732$
<b>Mis hermanos-as</b>	2	1,6	6	6,1	$\chi^2(1) = 3,42, p = .064$
<b>Ex pareja</b>	4	3,1	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,24, p = .622$
<b>Otros Familiares</b>	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .432$
<b>Otras personas</b>	4	3,1	5	5,1	$\chi^2(1) = 0,58, p = .444$

Sin diferencias estadísticamente significativas por sexos, entre las razones por las cuales ésta-s persona-s ejercieron el Maltrato, el porcentaje mayor tanto en hombres como en mujeres fue para la opción 'Consumía drogas' (6,1% en las mujeres y 4,7% en los hombres) (Tabla 64).

**Tabla 64. Problemas de las persona-s que han ejercido Violencia durante los tratamientos<sup>30</sup>**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Bebía demasiado</b>	5	3,9	5	5,1	$\chi^2(2) = 0,31, p = .856$
<b>Consumía drogas</b>	6	4,7	6	6,1	$\chi^2(2) = 1,58, p = .454$
<b>Estaba en paro</b>	3	2,3	4	4,1	$\chi^2(2) = 1,92, p = .383$
<b>Estresado-a por problema-s</b>	5	3,9	3	3,1	$\chi^2(2) = 1,42, p = .491$

#### 6.3.6.4. Otras situaciones problemáticas y conflictivas padecidas antes y durante la drogodependencia

Además de las preguntas sobre violencia detalladas en los apartados anteriores, se ha preguntado por otra información complementaria referida a otras circunstancias conflictivas o estresantes que han podido ser vivenciadas antes y/o durante la drogodependencia.

La pregunta que agrega tres opciones de respuesta (antes de la drogodependencia, durante la misma y durante ambos periodos) es la siguiente: *¿Ha vivido algún episodio o circunstancia siguiente en alguno de los momentos que se especifica (antes de la drogodependencia, durante la drogodependencia o en ambos periodos)? Marque con una X donde proceda.* Para el cómputo de las respuestas, se convirtió en dicotómica con dos opciones: sí se vivió o vivieron estos hechos/no se vivió o no se vivieron.

Como se aprecia en la Tabla 65, el 38,3% de la muestra vivió algún episodio de los detallados en la Tabla 65, mostrándose diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p = .001$ ). Son más las mujeres que los hombres (el 51% frente al 28,7%) y más las mujeres que sí los padecieron que las que no (51% frente al 49%).

**Tabla 65. Existencia de circunstancias conflictivas o estresantes en cualquier momento, por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	37	28,7	50	51,0	87	<b>38,3</b>
<b>No, Ns.Nc</b>	92	71,3	48	49,0	140	61,7
	129	100	98	100		

$$\chi^2(1) = 11,76, p = .001$$

En la Tabla 66 se enumeran las situaciones de Maltrato o Violencia ocurridas antes y durante la drogodependencia en las relaciones entre las personas participantes y las personas cercanas, que son consideradas especialmente problemáticas para las personas que las experimentan.

Entre las situaciones que la muestra señaló haber padecido antes y durante la drogodependencia y durante ambos periodos, las que presentan diferencias estadísticamente significativas por sexos a

<sup>30</sup> Respuesta múltiple. (Si, No, Ns.Nc).

favor de las mujeres son 'Embarazos no deseados (de mi pareja, propios)' ( $p .051$ ), 'Tuve/mi pareja tuvo abortos' ( $p .000$ ), 'Sufri abusos' ( $p .029$ ), 'Me violaron' ( $p .009$ ) y 'Ejercí la prostitución' ( $p .000$ ).

Las experiencias mayoritariamente experimentadas por los hombres en las que se hayan diferencias estadísticamente significativas son: 'Abandono de hogar por parte de mi pareja' ( $p .011$ ), 'Tuve relaciones con prostitutas' ( $p .000$ ), 'Tuve continuas discusiones con mi pareja' ( $p .007$ ), 'Detenciones policiales' ( $p .001$ ) y 'Nacimiento de algún hijo-a' ( $p .025$ ).

**Tabla 66. Otras experiencias conflictivas y/o estresantes padecidas, antes y durante la drogodependencia. Por sexos (%). (Respuesta múltiple)**

	Antes de la drogodependencia		Durante la drogodependencia		Durante ambos periodos		% que sí ha experimentado estas experiencias	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
1. Abandono de hogar de mi pareja	4,7	6,1	<b>29,5</b>	11,2	4,7	7,1	32,6	$\chi^2(3) = 11,09, p = .011$
2. Tuve continuas discusiones en casa	7,0	7,1	30,2	23,5	17,1	25,5	55,1	$\chi^2(3) = 2,90, p = .407$
3. Mi padre/madre abandonó el domicilio	10,1	6,1	3,1	3,1	2,3	5,1	15,0	$\chi^2(3) = 2,27, p = .518$
4. Cambié de domicilio habitual	6,2	8,2	21,7	11,2	10,9	13,3	36,1	$\chi^2(3) = 4,46, p = .216$
5. Embarazos no deseados en la pareja	2,3	5,1	4,7	<b>11,2</b>	1,6	5,1	14,1	$\chi^2(3) = 7,79, p = .051$
6. Tuve/mi pareja tuvo aborto-s	0,8	10,2	5,4	<b>16,3</b>	1,6	6,1	18,5	$\chi^2(3) = 24,29, p = .000$
7. Viví fuera de mi hogar más de 6 meses	3,9	12,2	22,5	12,2	<b>33,3</b>	13,3	38,8	$\chi^2(3) = 8,47, p = .037$
8. Sufri abusos	7,0	7,1	1,6	5,1	1,6	<b>8,2</b>	14,5	$\chi^2(3) = 8,50, p = .037$
9. Mi pareja y yo nos casamos	5,4	10,2	7,0	3,1	1,6	6,1	16,3	$\chi^2(3) = 6,81, p = .078$
10. Sufri agresiones	7,8	8,2	10,5	12,2	<b>36,8</b>	17,3	24,7	$\chi^2(3) = 21,74, p = .000$
11. Tuve relaciones con prostitutas	7,0	3,1	<b>24,8</b>	7,1	17,8	1,0	33,0	$\chi^2(3) = 38,87, p = .000$
12. Me violaron	3,9	5,1	1,6	<b>12,2</b>	0,8	1,0	11,5	$\chi^2(3) = 11,49, p = .009$
13. Me separé/divorcí de mi pareja	7,8	6,1	26,4	19,4	6,2	5,1	39,1	$\chi^2(3) = 2,31, p = .511$
14. Continuas discusiones con pareja	3,9	5,1	<b>28,7</b>	24,5	6,2	21,4	44,1	$\chi^2(3) = 12,159, p = .007$
15. Detenciones policiales	5,4	5,1	<b>30,2</b>	15,3	13,2	3,1	37,9	$\chi^2(3) = 17,47, p = .001$
16. Nacimiento de algún hijo-a	5,4	11,2	<b>17,1</b>	7,1	3,1	-	26,0	$\chi^2(3) = 9,35, p = .025$
17. Ejercí la prostitución	-	2,0	0,8	14,3	-	<b>16,3</b>	7,5	$\chi^2(3) = 19,47, p = .000$

**Antes de la drogodependencia**, las mujeres señalan acontecimientos relacionados con:

- 'Vivir fuera de la casa habitual durante más de 6 meses' (12,2%, frente al 3,9% de los hombres),
- La pareja: 'Mi pareja y yo nos casamos' (10,2% frente al 5,4% de los hombres), 'Abandono de hogar por parte de mi pareja' (6,1% frente al 4,7% de los hombres)
- La maternidad: 'Tuve/mi pareja tuvo aborto/s' (10,2%, frente al 0,8% de los hombres), 'Nacimiento de algún hijo-a' (11,2% frente al 5,4% de los hombres), 'Embarazos no deseados propios o de la pareja' (5,1% frente al 2,3% de los hombres)

Todos los anteriores en mayor proporción que los hombres. Estos últimos señalan el:

- 'Abandono de hogar por parte de padre o madre' (10,1% frente al 6,1% de las mujeres) y

- 'Tuve relaciones de prostitución' (7% frente al 3,1% de las mujeres).

**Durante la drogodependencia**, las mujeres señalan acontecimientos como:

- 'Embarazos no deseados' (11,2% frente al 4,7% de los hombres), 'Tuve abortos' (16,3% frente al 5,4% de las parejas de los hombres),
- 'Sufrió abusos' (5,1% frente al 1,6% masculino), 'Sufrió violaciones' (12,2% frente al 1,6% de los hombres) y
- 'Ejercí la prostitución' (14,3% de las mujeres frente al 0,8% de los hombres).

Los hombres exponen más situaciones conectadas con 'Abandonos de hogar por parte de la pareja' (29,5% frente al 11,2% de las mujeres), 'Continuas discusiones en casa' (30,2% frente al 23,5% de las mujeres), 'Cambios-ausencias del domicilio habitual' (21,7% frente al 11,2% de las mujeres), 'Nacimiento de algún hijo-a' (17,1% frente al 7,1% de las mujeres), 'Relaciones con prostitutas' (24,8% frente al 7,1% de las mujeres) y 'Detenciones policiales' (30,2% frente al 15,3% de las mujeres).

Con respecto a las experiencias que ha habido **durante ambos periodos**, en etapas de abstinencia y de consumo, las mujeres señalan:

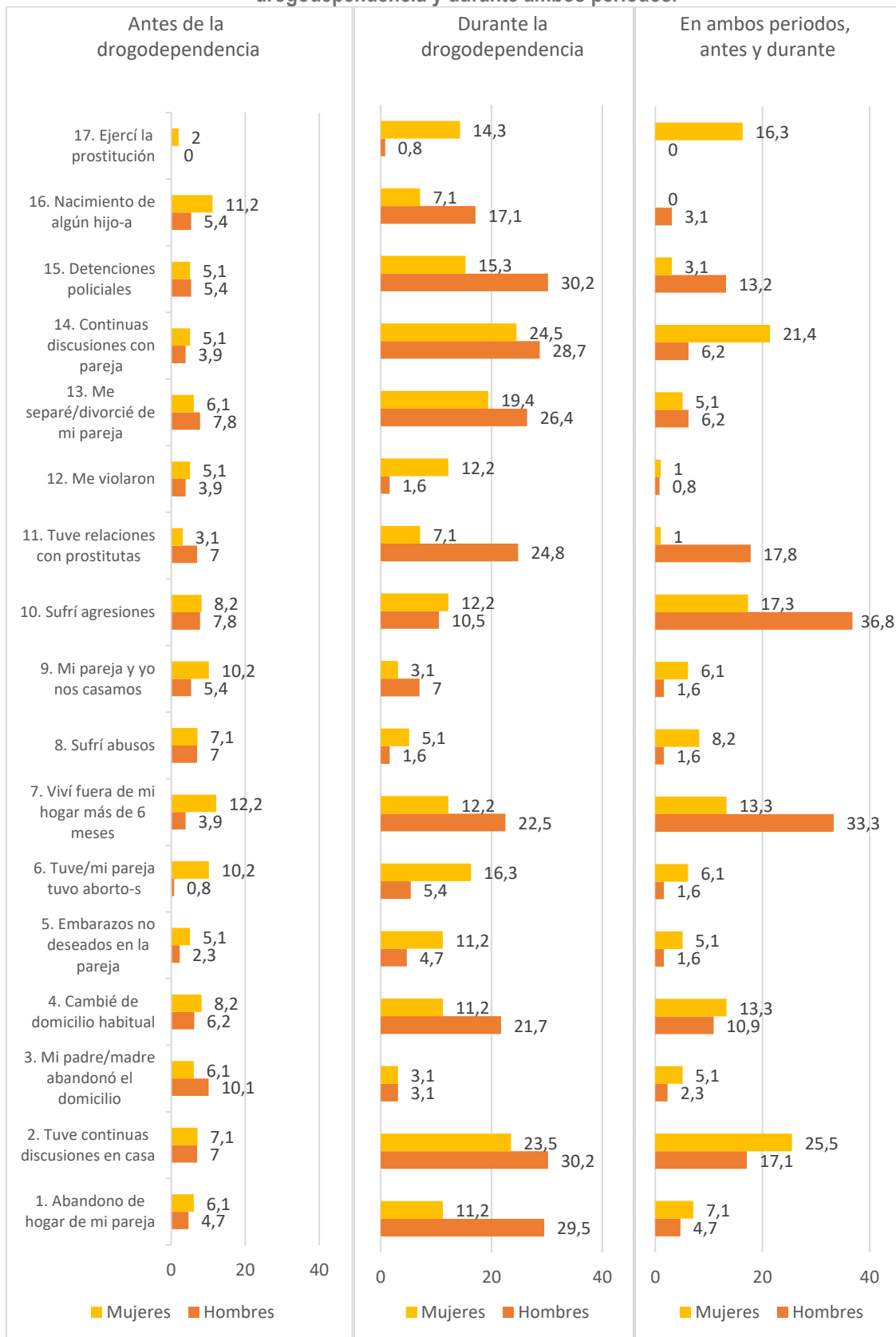
- 'Continuas discusiones y peleas en casa' 25,5% frente al 17,1% de los hombres)
- 'Discusiones con la pareja' (21,4% frente al 6,2% de los hombres),
- 'Tuve abortos' (6,1% frente al 1,6% masculino),
- 'Sufrió abusos' (8,2% frente al 1,6% de los hombres) y
- 'La práctica de la prostitución' (16,3% de las mujeres frente a ningún hombre).

Se observa que por parte de los hombres:

- Uno de cada tres ha 'Vivido fuera del domicilio habitual' (33,3% frente al 13,3% de las mujeres) y 'Sufrió agresiones' (el 36,8% frente al 17,3% de las mujeres)
- El 17,8% (frente al 1% de las mujeres) ha mantenido 'Contactos con prostitutas' y
- El 13,2% (frente al 3,1% de las mujeres) ha tenido 'Detenciones policiales'.

Se ha preguntado igualmente por el Maltrato sufrido y/o ejercido en situaciones especialmente estresantes, como son las estancias en prisión y en la práctica de la prostitución.

**Gráfico 12. Diversas situaciones conflictivas y/o estresantes vividas antes y durante la drogodependencia y durante ambos periodos.**



## Prisión

Las cuestiones fueron formuladas de la siguiente forma: *'Si ha estado en prisión, ¿experimentó algún tipo de violencia contra Vd. durante la estancia?'*

La Tabla 67 muestra que el 17,1% de los hombres y el 7,1% de las mujeres colaboradoras han padecido violencia en un entorno penitenciario. Los hombres, en dicho contexto, declaran haber vivido más episodios de Maltrato que las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas por sexo.

**Tabla 67. Existencia de Maltrato Declarado sufrido durante tiempo de prisión, por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	22	17,1	7	7,1	29	12,8
<b>No-Ns.Nc</b>	107	82,9	91	92,9	198	87,2

$$\chi^2(1) = 4,91, p = .027$$

Los porcentajes de experiencias de violencia ejercida por diversas personas en prisión son mayores para los hombres. La que procede por parte del funcionariado es significativa por sexos, el 8,5% de los hombres la han padecido frente al 2% de las mujeres (Tabla 68):

**Tabla 68. Estancia en prisión y experiencias de Violencia, por sexos (N y %). Respuesta múltiple**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Por parte de compañeros-as presos-as</b>	9	7,0	4	4,1	$\chi^2(1) = 0,86, p = .352$
<b>Por parte del funcionariado</b>	11	8,5	2	2,0	$\chi^2(1) = 4,34, p = .037$
<b>Por parte de mi pareja, durante las visitas</b>	4	3,1	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,12, p = .290$
<b>Por parte de mi familia, durante las visitas</b>	1	0,8	0	0,0	$\chi^2(1) = 0,76, p = .382$
<b>Por parte de otras personas, especificar</b>	2	1,6	0	0,0	$\chi^2(1) = 1,53, p = .216$

## Prostitución

La pregunta fue formulada así: *'Si Vd. ha ejercido la prostitución, es decir, mantuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o droga, ¿experimentó algún tipo de violencia durante estas relaciones?'* En la Tabla 69 se aprecia que existen diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p = .027$ ), el 13,3% de las mujeres y el 1,6% de los hombres que ejercieron esta práctica durante la drogodependencia sufrió violencia.

**Tabla 69. Existencia de Maltrato Declarado padecido durante el ejercicio de la prostitución. Por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	2	1,6	13	13,3	15	6,6
<b>No-Ns.Nc</b>	127	98,4	85	86,7	212	93,4%

$$\chi^2(1) = 12,38 p = .000$$

El 10,2% de estas mujeres han sufrido Maltrato por parte del cliente, con diferencias claramente significativas con respecto a los hombres ( $p .000$ ). Ellos también son los que han utilizado los servicios de prostitución (6,2%) en mayor medida que las mujeres (Tabla 70):

**Tabla 70. Ejercicio de la prostitución y Violencia padecida durante el mismo. Por sexos (N y%)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Por parte del cliente</b>	0	0,0	10	10,2	$\chi^2(1) = 13,77, p = .000$
<b>Por parte de la persona que proporcionaba a los clientes</b>	2	1,6	2	2,0	$\chi^2(1) = 0,07, p = .781$
<b>Por parte de otras personas</b>	0	0,0	4	4,1	$\chi^2(1) = 5,36, p = .021$

La siguiente pregunta iba dirigida fundamentalmente a las personas, generalmente hombres, que requieren servicios de prostitución. Se formuló así: *Si ha utilizado los servicios de prostitutas, es decir, si ha pagado dinero o droga por relaciones sexuales ¿ejerció algún tipo de violencia durante estas relaciones?, Sí, No, Ns/Nc. Si ha respondido "Sí", ¿contra quién/es?*. El 6,2% de los hombres y el 3,1% de las mujeres respondieron que sí. No se hallaron diferencias significativas por sexos, dentro de valores bajos de respuesta. Cinco hombres declaran haber ejercido violencia contra la persona que se prostituía (Tabla 71):

**Tabla 71. Ejercicio de la prostitución Violencia padecida durante el mismo. Por sexos (N y%)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>Si</b>	8	6,2	3	3,1	$\chi^2(1) = 1,20, p = .275$
<b>No, Ns.Nc.</b>	121	93,8	95	96,9	
<b>Si ha respondido que sí, ¿contra quién-es?</b>					
<b>Hacia la persona que se prostituía</b>	5	3,9	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,76, p = .184$
<b>Hacia la persona que ofrecía los contactos</b>	1	0,8	1	0,1	$\chi^2(1) = 0,03, p = .845$
<b>Hacia otras personas</b>	0	0,0	1	1,0	$\chi^2(1) = 1,32, p = .250$

### 6.3.6.5. Participación activa en Violencia o maltrato. Relación entre Violencia padecida y Violencia ejercida

La única pregunta del cuestionario que interroga por la Violencia o Maltrato ejercido a otras personas refleja que más de la mitad de la muestra (55,5%) ha ejercido violencia en algún momento de su vida. Por sexos, el 62% del colectivo masculino y el 46,9% del femenino la ha ejercido hallándose diferencias estadísticamente significativas ( $p .024$ ).

Las mujeres, en mayor proporción que los hombres (19,4% frente al 9,3%) lo han ejercido contra la madre ( $p = .028$ ), mientras que los hombres han maltratado en mayor medida a otras personas<sup>31</sup> (38,0%) ( $p = .000$ ) y compañeros-as de trabajo (10,1%) ( $p = .000$ ). Más mujeres que hombres (19,4% frente al 14,7%) declaran haber ejercido violencia contra la pareja y contra los hijos-as (9,2% frente al 4,7%) (Tabla 72).

**Tabla 72. Ejercicio de algún tipo de Violencia en algún momento de la vida. Por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	80	<b>62,0</b>	46	<b>46,9</b>	126	<b>55,5</b>
<b>No-Ns.Nc</b>	49	38,0	52	53,1	101	44,5
$\chi^2(1) = 5,17, p = .024$						
<b>Si ha respondido que sí, ¿a quién-es?</b>	N	%	N	%		
<b>A mi pareja</b>	19	<b>14,7</b>	19	<b>19,4</b>		$\chi^2(1) = 0,86, p = .352$
<b>A mis hijos</b>	6	4,7	9	9,2		$\chi^2(1) = 1,84, p = .173$
<b>A mi padre</b>	12	9,3	12	12,2		$\chi^2(1) = 0,51, p = .475$
<b>A mi madre</b>	12	9,3	19	<b>19,4</b>		$\chi^2(1) = 4,80, p = .028$
<b>A mis hermanos</b>	16	12,4	12	12,2		$\chi^2(1) = 0,00, p = .971$
<b>A mi expareja</b>	11	8,5	11	11,2		$\chi^2(1) = 0,46, p = .496$
<b>A mi vecino</b>	11	8,5	3	3,1		$\chi^2(1) = 2,87, p = .090$
<b>A compañero-a de trabajo</b>	13	<b>10,1</b>	0	0,0		$\chi^2(1) = 10,47, p = .000$
<b>Otras personas</b>	49	<b>38,0</b>	15	15,3		$\chi^2(1) = 14,14, p = .000$

Si se observa la Tabla 73, se constata que la relación entre haber ejercido Violencia y haber padecido Violencia Técnica y Declarada antes del inicio de la drogodependencia y durante la misma resulta estadísticamente significativa.

Adicionalmente en la Tabla 73 se observa que al separar el grupo de hombres y el grupo de mujeres en este mismo análisis, en los hombres se presentan diferencias significativas en relación a la Violencia Declarada y no en la Violencia Técnica, tanto antes como durante la drogodependencia. Por su parte, las mujeres, el patrón de significatividad se mantiene en ambos tipos de Violencia y en ambos periodos.

<sup>31</sup>Principalmente a: amigos-as, presos, conocidos, deudores, gente de la calle anónima, toxicómanos, policías, 'seguratas', 'matones' y en robos con violencia.

**Tabla 73. Violencia Técnica y Declarada padecida y ejercicio activo de Violencia TOTAL (%)**

		Violencia Técnica padecida ANTES de la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida ANTES de la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	34,7	65,3	100 (N=101)	58,4
Si	20,6		79,4	100 (N=126)	40,5	59,5	100 (N=126)
		$\chi^2(1) = 5,60 p = .018$			$\chi^2(1) = 7,22, p = .007$		
		Violencia Técnica padecida DURANTE la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida DURANTE la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	39,6	60,4	100 (N=101)	64,4
Si	22,2		77,8	100 (N=126)	44,4	55,6	100 (N=126)
		$\chi^2(1) = 8,07p = .004$			$\chi^2(1) = 8,93, p = .003$		

**Violencia Técnica y Declarada padecida y ejercicio activo de Violencia. HOMBRES (%)**

		Violencia Técnica padecida ANTES de la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida ANTES de la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	34,7	65,3	100 (N=49)	73,5
Si	26,3		73,8	100 (N=80)	52,5	47,5	100 (N=80)
		$\chi^2(1) = 1,04, p = .307$			$\chi^2(1) = 5,590, p = .018$		
		Violencia Técnica padecida DURANTE la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida DURANTE la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	38,8	61,2	100 (N=49)	77,6
Si	28,8		71,3	100 (N=80)	52,5	47,5	100 (N=80)
		$\chi^2(1) = 1,39p = .238$			$\chi^2(1) = 8,09, p = .004$		

**Violencia Técnica y Declarada padecida y ejercicio activo de Violencia. MUJERES (%)**

		Violencia Técnica padecida ANTES de la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida ANTES de la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	34,6	65,4	100 (N=52)	44,2
Si	10,9		89,1	100 (N=46)	19,6	80,4	100 (N=46)
		$\chi^2(1) = 7,66, p = .006$			$\chi^2(1) = 6,75, p = .009$		
		Violencia Técnica padecida DURANTE la Drogodependencia			Violencia Declarada padecida DURANTE la Drogodependencia		
		No	Si	Total	No	Si	Total
		¿Ha ejercido Violencia en algún momento de su vida?	No	40,4	59,6	100 (N=52)	51,9
Si	10,9		89,1	100 (N=46)	30,4	69,6	100 (N=46)
		$\chi^2(1) = 10,90p = .001$			$\chi^2(1) = 4,63, p = .031$		

Se quiso observar si existía relación entre haber padecido Violencia antes de la drogodependencia y el hecho de ejercerla. Teniendo en cuenta la totalidad de la muestra, existen diferencias significativas entre haber padecido Violencia, tanto Técnica ( $p .018$ ) como Declarada ( $p .007$ ) y haber ejercido Violencia (Tabla 74).

Si se analizan los datos por sexos, se aprecian diferencias importantes entre los hombres y las mujeres. Así, el padecimiento de la Violencia Técnica en las mujeres antes de la drogodependencia señala diferencias estadísticamente significativas ( $p .006$ ), mientras que en los hombres no existen tales diferencias ( $p .307$ ). No obstante, cuando la Violencia padecida es de tipo Violencia Declarada tanto los hombres ( $p .018$ ) como las mujeres ( $p .009$ ) muestran diferencias significativas en relación al ejercicio activo de la Violencia en algún momento vital.

Parece que en los hombres no existe relación significativa entre el hecho de haber padecido Violencia Técnica antes de la drogodependencia y ejercer violencia en algún momento de la vida. Aunque sí la hay cuando se trata de Violencia Declarada. En las mujeres en ambos tipos de Violencia hay relación significativa.

**Tabla 74. Padecimiento de Violencia Técnica padecida antes de la drogodependencia y Violencia ejercida. Por sexos (N y %)**

		Violencia ejercida								
		Hombres (N=129)			Mujeres (N=98)			TOTAL (N=227)		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No, Ns.Nc	17 (44,7%)	21 (55,3%)	38 (100%)	18 (78,3%)	5 (21,7%)	23 (100%)	35 (57,4%)	26 (42,6%)	61 (100%)
	Si	32 (35,2%)	59 (64,8%)	91 (100%)	34 (45,3%)	41 (54,7%)	75 (100%)	66 (39,8%)	<b>100</b> <b>(60,2%)</b>	166 (100%)
	Total	49 (38,0%)	80 (62,0%)	129 (100%)	52 (53,1%)	46 (46,9%)	98 (100%)	101 (44,5%)	126 (55,5%)	227 (100%)
		$\chi^2(1) = 1,043 p = .307$			$\chi^2(1) = 7,663 p = .006$			$\chi^2(1) = 5,606 p = .018$		

**Tabla 75. Padecimiento de Violencia Declarada padecida antes de la drogodependencia y Violencia ejercida. Por sexos (N y %)**

		Violencia ejercida								
		Hombres (N=129)			Mujeres (N=98)			TOTAL (N=227)		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
Violencia Declarada padecida antes de la drogodependencia	No, Ns.Nc	36 (46,2%)	42 (53,8%)	78 (100%)	23 (71,9%)	9 (28,1%)	32 (100%)	59 (53,6%)	51 (46,4%)	100 (100%)
	Si	13 (25,5%)	38 (74,5%)	51 (100%)	29 (43,9%)	37 (56,1%)	66 (100%)	42 (35,9%)	<b>75</b> <b>(64,1%)</b>	117 (100%)
	Total	49 (38,0%)	80 (62,0%)	129 (100%)	52 (53,1%)	46 (46,9%)	98 (100%)	101 (44,5%)	126 (55,5%)	227 (100%)
		$\chi^2(1) = 5,590 p = .018$			$\chi^2(1) = 6,753 p = .009$			$\chi^2(1) = 7,224 p = .007$		

### 6.3.6.6. Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y Violencia ejercida

Se quiso conocer la relación entre haber presenciado Violencia en la infancia y la participación activa en Violencia y si esta relación a su vez es diferente para los hombres y las mujeres.

Como se puede observar en la Tabla 76 la proporción de personas que no han presenciado Violencia en la infancia y la de las personas que sí la han presenciado es prácticamente la misma, en torno al 50%.

**Tabla 76. Presencia de Violencia en la infancia. Por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTAL (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	63	48,8	51	52,0	114	50,2
<b>No-Ns.Nc</b>	66	51,2	47	48,0	113	49,8

$$\chi^2(1) = 0,229, p = .633$$

Pudimos ver en la Tabla 72 que las personas que han ejercido Violencia en algún momento de la vida son el 55,5% de la muestra. A este respecto, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .024$ ), el 62% de los hombres y el 46,9% de las mujeres han ejercido Violencia contra alguna persona en al menos algún momento de sus vidas.

En la Tabla 77 se observa la relación de contingencia entre haber presenciado Violencia en la infancia y ejercerla en algún momento de la vida. Esta relación se presenta estadísticamente significativa ( $p .020$ ), destacándose la proporción de personas que sí han presenciado Violencia en la infancia y sí ejercen Violencia en algún momento de la vida (63,7%).

También la Tabla 77 se puede observar que si separamos entre hombres y mujeres esta relación entre Presenciar Violencia en la infancia y ejercerla no resulta significativa para ninguno de los dos sexos. Sin embargo, en el grupo de los hombres, se observa una diferencia llamativa entre ejercer y no ejercer Violencia en las personas que sí han presenciado Violencia (30,2% vs. 69,8%). Aunque esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

**Tabla 77. Presencia de Violencia en la infancia y ejercicio de la Violencia en algún momento de la vida (N y %)**

		Ejercicio de Violencia en algún momento de la vida								
		TOTALES			HOMBRES		MUJERES			
		No	Si	Total	No	Si	Total			
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No, Ns .Nc	59 (52,2%)	54 (47,8%)	113 (100%)	30 (45,5%)	36 (54,5%)	66 (100%)	29 (61,7%)	18 (38,3%)	47 (100%)
	Si	42 (36,8%)	72 (63,7%)	114 (100%)	19 (30,2%)	44 (69,8%)	63 (100%)	23 (45,1%)	28 (54,9%)	51 (100%)
	Total	101 (44,5%)	126 (55,5%)	227 (100%)	49 (38,0%)	80 (62,0%)	129 (100%)	52 (53,1%)	46 (46,9%)	98 (100%)

$$\chi^2(1) = 5,429, p = .020$$

$$\chi^2(1) = 3,201, p = .074$$

$$\chi^2(1) = 2,707, p = .100$$

### 6.3.6.7. Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y Violencia padecida

Hemos visto en la parte de la fundamentación teórica que la Presencia de Violencia en la infancia es una forma de Violencia directa hacia los hijos e hijas. En los siguientes apartados se analizará la relación entre la existencia de esta presencia directa de Violencia en la infancia y otras variables que reflejan el curso o evolución de la drogodependencia, los problemas de drogodependencia en la familia, el padecimiento de violencia y su influencia en el nivel de autoestima.

En la Tabla 76 se vio que prácticamente la mitad de la muestra participante sí ha presenciado Violencia en la infancia (50,2%). Por sexos, más mujeres (52%) que hombres (48,8%) han vivido estos episodios, sin diferencias estadísticamente significativas.

La pregunta en el cuestionario se redactó de la siguiente forma: *¿Ha presenciado algún tipo de violencia en su infancia? Sí, No ó Ns.Nc.* En caso afirmativo, se pedía marcar las siguientes opciones: *'Mis padres tenían continuas discusiones', 'Mi padre maltrataba emocionalmente a mi madre', 'Mi padre maltrataba físicamente a mi madre', 'Mis hermanos-as se peleaban muy a menudo', 'He sido maltratado físicamente por mi-s hermanos-as', 'He sido maltratado emocionalmente por mi-s hermanos-as', 'Mi madre maltrataba emocionalmente a mi padre', 'Mi madre maltrataba físicamente a mi padre', 'Otros-as familiares han tenido comportamientos violentos'*, en este caso: *'¿Quién?' y '¿A quién?'* (Tabla 78).

Entre las mujeres (31,6%) y entre los hombres (27,9%) de la muestra la experiencia más mencionada alude a las discusiones entre los progenitores. Las mujeres han sido víctimas pasivas en mayor medida (24,5% y 20,2%) de la Violencia emocional ejercida por el padre contra la madre y los hombres de la Violencia física (14% de éstos frente al 10,2% de las mujeres han presenciado este maltrato hacia la figura materna). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Los hombres participantes (8,5%) han observado continuas peleas entre hermanos-as (frente al 6,1% de las mujeres). Son más las mujeres que se declaran maltratadas por sus hermanos-as tanto física (8,2% de las mujeres y el 5,4% de los hombres) como emocionalmente (8,2% de ellas y el 7% de ellos).

Los hombres han sido víctimas pasivas del Maltrato emocional de la madre contra el padre (7,8% de ellos, frente a ninguna mujer) y las mujeres del Maltrato físico de la madre contra el padre (4,1% frente al 0,8% de los hombres).

Tabla 78. Tipo de experiencias de Violencia presenciadas en la infancia. Por sexos (N y %) Respuesta múltiple

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
Mis padres tenían continuas discusiones	36	27,9	31	31,6	$\chi^2(1) = 0,37, p = .542$
Mi padre maltrataba emocionalmente a mi madre	26	20,2	24	24,5	$\chi^2(1) = 0,61, p = .435$
Mi padre maltrataba físicamente a mi madre	18	14,0	10	10,2	$\chi^2(1) = 0,72, p = .395$
Mis hermanos-as se peleaban muy a menudo	11	8,5	6	6,1	$\chi^2(1) = 0,46, p = .495$
He sido maltr. físicamente por mi-s hermanos-as	7	5,4	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,67, p = .411$
He sido maltr. emocionalmente por mi-s hermanos-as	9	7,0	8	8,2	$\chi^2(1) = 0,11, p = .737$
Mi madre maltrataba emocionalmente a mi padre	10	7,8	11	11,2	$\chi^2(1) = 0,80, p = .371$
Mi madre maltrataba físicamente a mi padre	1	0,8	4	4,1	$\chi^2(1) = 2,82, p = .093$
Otros-as familiares han tenido comport. violentos.	14	10,9	9	9,2	$\chi^2(1) = 0,17, p = .680$

Se observa en la Tabla 80 que de las personas que han presenciado Violencia en la Infancia, prácticamente nueve de cada diez personas encuestadas también declaran haber padecido Violencia Técnica (88,6%) y tres de cada cuatro han padecido Violencia Declarada (75,4%) **antes** de la drogodependencia.

De igual forma, la Presencia de Violencia en la Infancia influyó significativamente en la Violencia experimentada **durante** la drogodependencia, tanto la Violencia Técnica (78,1%) como la Declarada (51,8%).

Si observamos la Tabla 80 y 81 se constata que la relación entre haber presenciado Violencia en la infancia y haber sufrido algún tipo de Violencia Técnica antes del inicio de la drogodependencia resulta estadísticamente significativa, resaltando de forma relevante la proporción que cruza el haber respondido afirmativamente Presenciar Violencia en la infancia y haber respondido afirmativamente haber padecido algún Maltrato Técnico antes de la drogodependencia.

Adicionalmente en la misma tabla se observa que al separar el grupo de hombres y el grupo de mujeres en este mismo análisis, la relación sigue resultando estadísticamente significativa y con un patrón de proporciones similar entre ambos grupos.

En el grupo total parece que hay una relación significativa entre ambas circunstancias, sin embargo cuando se separa por sexos, desaparece este tipo de relación significativa, aunque el grupo de hombres se queda muy próximo a la significación estadística ( $p .053$ ) (Tablas 82 y 83).

**Tabla 79. Violencia Técnica padecida y personas que la ha ejercido ANTES y DURANTE la drogodependencia en personas que han presenciado Violencia en la infancia, por sexos (%) (Respuesta múltiple)**

	Padre		Madre		Hermano-a		Hijos-as		Pareja-s		Otra-s persona-s	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Violencia Técnica ANTES</b>	69,8	52,9	55,6	45,1	27,4	31,4	0,0	2,0	23,8	33,3	17,5	27,5
<b>Violencia Técnica DURANTE</b>	52,4	43,1	44,4	33,3	22,2	19,6	1,6	7,8	34,9	41,2	31,7	25,5

Tabla 80. Violencia Técnica padecida ANTES de la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia

		Violencia Técnica ANTES de la drogodependencia								
		TOTALES			HOMBRES			MUJERES		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No	48 (42,5%)	65 (57,5%)	113 (100%)	30 (45,5%)	36 (54,5%)	66 (100%)	18 (38,3%)	29 (61,7%)	47 (100%)
	Si	13 (11,4%)	101 <b>(88,6%)</b>	114 (100%)	8 (12,7%)	55 (87,3%)	63 (100%)	5 (9,8%)	46 (90,2%)	51 (100%)
	Tot.	61 (26,9%)	166 (73,1%)	227 (100%)	38 (29,5%)	91 (70,5%)	129 (100%)	23 (23,5%)	75 (76,5%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 27,882, p = .000$			$\chi^2(1) = 16,643, p = .000$			$\chi^2(1) = 11,056, p = .001$		

Tabla 81. Violencia Declarada padecida ANTES de la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia

		Violencia Declarada ANTES la drogodependencia								
		TOTALES			HOMBRES			MUJERES		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No	83 (73,5%)	30 (26,5%)	113 (100%)	58 (87,9%)	8 (12,1%)	66 (100%)	25 (53,2%)	22 (46,8%)	47 (100%)
	Si	28 (24,6%)	86 (75,4%)	114 (100%)	21 (33,3%)	42 (66,7%)	63 (100%)	7 (13,7%)	44 (86,3%)	51 (100%)
	Tot.	111 (48,9)	116 (51,1%)	227 (100%)	79 (61,2%)	50 (38,8%)	129 (100%)	32 (32,7%)	66 (67,3)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 54,283, p = .000$			$\chi^2(1) = 40,401, p = .000$			$\chi^2(1) = 17,324, p = .000$		

Tabla 82. Violencia Técnica padecida DURANTE la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia

		Violencia Técnica DURANTE la drogodependencia								
		TOTALES			HOMBRES			MUJERES		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No	38 (33,6)	75 (66,4%)	113 (100%)	26 (39,4%)	40 (60,6%)	66 (100%)	12 (25,5%)	35 (74,4%)	47 (100%)
	Si	25 (21,9%)	89 (78,1%)	114 (100%)	14 (22,2%)	49 (77,8%)	63 (100%)	11 (21,6%)	40 (78,4%)	51 (100%)
	Tot.	63 (27,8%)	164 (72,2%)	227 (100%)	40 (31%)	89 (69%)	129 (100%)	24 (23,5%)	74 (76,5%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 3,873, p = .049$			$\chi^2(1) = 4,443, p = .053$			$\chi^2(1) = 0,214, p = .644$		

Tabla 83. Violencia Declarada padecida DURANTE la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia

		Violencia Declarada DURANTE la drogodependencia								
		TOTALES			HOMBRES			MUJERES		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No	84 (74,3%)	29 (25,7%)	113 (100%)	52 (78,8%)	14 (21,2%)	66 (100%)	32 (68,1%)	15 (31,9%)	47 (100%)
	Si	55 (48,2%)	59 (51,8%)	114 (100%)	33 (52,4%)	30 (47,6%)	63 (100%)	22 (43,1%)	29 (56,9%)	51 (100%)
	Tot.	139 (61,2%)	88 (38,8%)	227 (100%)	85 (65,9%)	44 (34,1%)	129 (100%)	54 (56,1%)	44 (44,9%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 16,274, p = .000$			$\chi^2(1) = 10,001, p = .002$			$\chi^2(1) = 6,153, p = .013$		

En el cuestionario la Violencia Técnica es variable dicotómica en cualquiera de sus categorías (Anexo1) para el tipo de Violencia (psicológica, económica, estructural, sexual, física y espiritual o moral) y para señalar la persona que la ejerce (padre, madre, hermanos-as, hijos-as, pareja, otras personas). Se optó por convertir en variable numérica esta variable dicotómica sumando todas las veces que hombres y mujeres señalaban haber padecido algún tipo de Violencia ejercida por alguna de las personas en particular. La Violencia Declarada también pudo convertirse en numérica, aunque resultando en general con menos rango al considerar únicamente 10 opciones (1. Mi pareja, 2. Mis hijos-as y de mi pareja actual, 3. Mis hijos-as y de una pareja diferente a la actual, 4. Mi padre-suegro-pareja de mi madre, 5. Mi madre-suegra-pareja de mi padre, 6. Mis hermanos-as-cuñados, 7. Expareja, 8. Vecino-as, 9. Compañeros-as de trabajo, 10. Otras personas).

De esta forma, el rango de respuestas que se obtuvo de cada una de estas variables fue el siguiente: Violencia Técnica antes de la drogodependencia: de 0 a 27, de 91 opciones; Violencia Declarada antes de la drogodependencia; de 0 a 9 de 10 opciones; Violencia Técnica durante de la drogodependencia, de 0 a 31 de 91 opciones; Violencia Declarada durante la drogodependencia, de 0 a 6 de 10 opciones.

Así, la Tabla 84 muestra la fuerte relación entre haber presenciado Violencia en la infancia y haber padecido Violencia en cualquiera de sus formas, Técnica y Declarada, tanto antes como durante la drogodependencia. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto de moderado ( $d = -0.58$ , en la Violencia Técnica padecida durante la drogodependencia) a grande ( $d = -0.98$ , en la Violencia Técnica padecida antes de la drogodependencia).

**Tabla 84. Haber presenciado Violencia en la infancia y suma media de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia y suma media de personas que han ejercido Violencia Declarada.**

	Presencia de Violencia en la Infancia				Prueba de contraste			Tamaño efecto
	No, Ns.Nc		Si		t	g.l.	Sig.	d
	M	DE	M	DE				
Suma media de eventos de Violencia Técnica padecida antes de la drogodep.	3,24 (N=118)	4,21	8,06 (N=109)	6,24	-6,760	187,411	.000	-0.98
Suma media de personas que han ejercido Violencia Declarada sobre los-as participantes antes de la drogodep.	0,49 (N=118)	1,12	1,5 (N=109)	1,38	-5,969	208,106	.000	-0.83
Suma media de eventos de Violencia Técnica padecida durante de la drogodep.	4,31 (N=118)	5,35	7,82 (N=109)	7,35	-4,085	196,161	.000	-0.58
Suma media de personas que han ejercido Violencia Declaradasobre los-as participantes durante la drogodep.	0,52 (N=118)	0,98	1,22 (N=109)	1,38	-4,392	192,567	.000	-0.63

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p < 0.05$

En la Tabla 85 se puede observar que si separamos entre hombres y mujeres, la relación entre **no** Presencia de Violencia en la infancia y el hecho de padecer Violencia Técnica resulta significativa

entre los dos sexos durante la drogodependencia. Las mujeres señalan una media de 5,56 eventos de Violencia Técnica durante este periodo, frente a 3,44 de los hombres ( $p$  .047).

Sin embargo, la relación entre Presencia de Violencia en la infancia y el hecho de padecer Violencia Técnica muestra diferencias estadísticamente significativas por sexos, registrándose en las mujeres 9,64 eventos de este tipo de violencia antes de la drogodependencia, frente a 6,71 eventos en los hombres ( $p$  .014) (Tabla 86).

No haber presenciado Violencia en la infancia se relaciona significativamente con padecer Violencia Técnica durante la drogodependencia. Presenciar Violencia en la infancia se relaciona con padecer Violencia Técnica antes de la drogodependencia.

**Tabla 85. No Haber presenciado Violencia en la infancia y suma de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia. Contraste de diferencias y tamaño del efecto**

	Hombre (N=129)		Mujer (N=98)		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
Suma de eventos de Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia	2,90	3,99	3,73	4,51	-1,05	116	.296	-0.194
Suma de eventos de Maltrato Técnico padecido durante de ladrogodependencia	3,44	4,46	5,56	6,27	-2,02	78,86	<b>.047</b>	-0.455

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p < 0.05$

**Tabla 86. Haber presenciado Violencia en la infancia y suma de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia. Contraste de diferencias y tamaño del efecto**

	Hombre (N=129)		Mujer (N=98)		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
Suma de eventos de Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia	6,71	5,36	9,64	6,86	-2,50	107	<b>.014</b>	-0.483
Suma de eventos de Maltrato Técnico padecido durante de ladrogodependencia	6,90	6,55	8,90	8,14	-1,42	107	.158	-0.274

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p \leq 0.05$

### 6.3.6.8. Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y existencia de familiares con drogodependencia

Continuando con la relación entre Presenciar Violencia en la infancia y otras variables relacionadas con la drogodependencia, se propuso conocer si hay relación entre ésta variable y la existencia de familiares con problemas de drogodependencia.

La Tabla 87 muestra que el 59% de la muestra tiene familiares con problemas con las drogas. Por sexos, una proporción mayor de mujeres señala estos hechos (61,7% frente al 56,9% de los hombres), aunque no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 87. Existencia de miembros familiares con drogodependencia (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	70	<b>56,9</b>	58	<b>61,7</b>	128	<b>59,0</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	53	43,1	36	38,3	89	41,0
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 0,506, p = .477$$

De nuevo aparece una relación estadísticamente significativa entre Presenciar Violencia en la infancia y la existencia de familiares con problemas de drogodependencia ( $p .000$ ), prácticamente tres de cada cuatro personas de la muestra señalan este hecho (73,7%) (Tabla 88).

Si se observa esta relación por sexos, igualmente se muestra que en los hombres ( $p .000$ ) y en las mujeres ( $p .005$ ), esta relación resulta estadísticamente significativa para ambos sexos.

**Tabla 88. Haber presenciado Violencia en la infancia y existencia de familiares con drogodependencia**

		Miembro-s familiar-es con drogodependencia								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
<b>¿Ha presenciado Violencia en la infancia?</b>	<b>No-NsNc</b>	69 61,1%	44 38,9%	113 (100%)	43 65,1%	23 34,9%	66 (100%)	26 55,4%	21 44,6%	47 (100%)
	<b>Si</b>	30 26,3%	84 73,7%	114 (100%)	16 25,4%	47 74,6%	63 (100%)	14 27,4%	37 72,6%	51 (100%)
	<b>Total</b>	99 43,6%	128 56,4%	227 (100%)	59 45,7%	70 54,3%	129 (100%)	40 40,8%	58 59,2%	98 (100%)

$$\chi^2(1) = 27,861, p = .000$$

$$\chi^2(1) = 20,526, p = .000$$

$$\chi^2(1) = 7,864, p = .005$$

### 6.3.6.9. Relación entre Presencia de Violencia en la infancia con otras formas de Violencia en diversos contextos y con la salud.

Además de analizar la relación entre Presencia de Violencia en la infancia y la Violencia Técnica y Declarada, antes y durante la drogodependencia, se analizó esta primera variable con otra serie de situaciones problemáticas y/o estresantes que los hombres y mujeres podían haber padecido.

La pregunta que agrega las cuatro opciones es la siguiente: *¿Ha vivido algún episodio o circunstancia siguiente en alguno de los momentos que se especifica (antes de la drogodependencia, durante la drogodependencia o en ambos periodos)? Marque con una X donde proceda.* Para el cómputo de las respuestas, se convirtió en dicotómica con dos opciones: sí se vivió o vivieron estos hechos/no se vivió o no se vivieron.

En primer lugar se muestran los porcentajes de la existencia de abusos, agresiones, violaciones y ejercicio de prostitución que afectan de forma general a la muestra y también por sexos.

En la Tabla 89 se aprecia que el 14,5% de la muestra señala haber sido objeto de abusos. Se hallan diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .029$ ), siendo las mujeres objeto de abusos ( $p .029$ ) en mayor proporción que los hombres (10,1%).

**Tabla 89. Existencia de abusos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	13	<b>10,1</b>	20	20,4	33	<b>14,5</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	116	89,9	78	79,6	194	85,5
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 4,784, p = .029$$

Con respecto a la existencia de agresiones, uno de cada cuatro participantes (24,7%) declaran haber sido objeto de tales, hallándose igualmente diferencias significativas por sexos ( $p .000$ ), mostrando las mujeres porcentajes mayores (37,8% frente al 14,7%) (Tabla 90).

**Tabla 90. Existencia de agresiones (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	19	<b>14,7</b>	37	<b>37,8</b>	56	<b>24,7</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	110	85,3	61	62,2	171	75,3
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 15,890, p = .000$$

La existencia de violación o violaciones afecta al 11,5% de la muestra, siendo las mujeres a las que más afectan estos hechos (18,4% frente al 6,2%), con diferencias estadísticamente significativas ( $p .004$ ) (Tabla 91).

**Tabla 91. Existencia de violación(es) (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	8	<b>6,2</b>	18	<b>18,4</b>	26	<b>11,5</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	121	93,8	80	81,6	201	88,5
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 8,127, p = .004$$

El ejercicio de la prostitución afecta al 7,5% de la muestra, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres ( $p .000$ ). El 16,3% de las mujeres recurrieron a su ejercicio frente al 0,8% de los hombres (Tabla 92).

**Tabla 92. Ejercicio de la prostitución (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	1	<b>0,8</b>	16	<b>16,3</b>	17	<b>7,5</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	128	99,2	82	83,7	210	92,5
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 19,441, p = .000$$

En la Tabla 93 se observa la existencia de violencia en contextos de prisión. La pregunta fue formulada así: *Si ha estado en prisión, ¿experimentó algún tipo de violencia contra Vd. durante la estancia? Sí, No, Ns.Nc.* Así se observa que el 12,8% de la muestra experimentó episodios de violencia en prisión, hallándose diferencias significativas por sexos ( $p .027$ ), el 17,1% de los hombres afirman haberlas vivido frente al 7,1% de las mujeres.

**Tabla 93. Existencia de violencia en prisión (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	22	<b>17,1</b>	7	<b>7,1</b>	29	<b>12,8</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	107	82,9	91	92,9	198	87,2
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 4,910, p = .027$$

Las dos últimas tablas de esta primera parte indagan si hubo Violencia en contextos de prostitución: *Si ha ejercido la prostitución, ¿experimentó algún tipo de violencia durante estas relaciones? Sí, No, Ns.Nc.*

La Tabla 94 señala que el 6,6% de la muestra afirma haber vivido estos hechos, con diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .000$ ), sumando los mayores porcentajes en el colectivo femenino. El 13,3% de las mujeres vivieron episodios de Violencia mientras ejercían la prostitución frente al 1,6% de los hombres.

**Tabla 94. Existencia de violencia al prostituirse (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	2	<b>1,6</b>	13	<b>13,3</b>	15	<b>6,6</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	127	98,4	85	86,7	212	93,4
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 12,385, p = .000$$

Por último en esta parte descriptiva, se preguntó *Si ha utilizado los servicios de prostitutas, es decir, si ha pagado dinero o drogas por relaciones sexuales, ¿ejerció algún tipo de violencia durante estas relaciones? Sí, No, Ns.Nc.* La Tabla 85 describe que el 4,8% de la muestra ejerció Violencia cuando solicitó servicios de prostitución, agrupando los mayores porcentajes el colectivo masculino y sin diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 85. Existencia de violencia al solicitar prostitución (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		TOTALES (N=227)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	8	<b>6,2</b>	3	3,1	11	<b>4,8</b>
<b>No-Ns.Nc.</b>	121	93,8	95	96,9	216	95,5
<b>Totales</b>	129	100%	98	100%	227	100%

$$\chi^2(1) = 1,191, p = .275$$

Analizando las relaciones entre situaciones especialmente estresantes y conflictivas y Presenciar Violencia en la infancia, en la Tabla 96 se aprecia que existen diferencias estadísticamente significativas entre todas ellas: Sufrir abusos, Sufrir agresiones, Sufrir Violación y en el Ejercicio de la prostitución. Observando por sexos, igualmente existen estas diferencias en los hombres y en las mujeres en todas las variables analizadas, menos en los hombres que han presenciado violencia en la infancia y además han ejercido la prostitución. El único hombre que ha ejercido la prostitución, presencié violencia en su infancia.

Tabla 96. Haber presenciado Violencia en la infancia y padecer determinadas situaciones estresantes y conflictivas. Por sexos (N y %)

		Sufrir abusos								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No- Ns.Nc	107 (94,7%)	6 (5,3%)	113 (100%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66 (100%)	42 (89,4%)	5 (10,6%)	47 (100%)
	Si	87 (76,3%)	27 (23,7%)	114 (100%)	51 (81,0%)	12 (19,0%)	63 (100%)	36 (70,6%)	15 (29,4%)	51 (100%)
	Total.	194 (85,5%)	33 (14,5%)	227 (100%)	116 (89,9%)	13 (10,1%)	129 (100%)	78 (79,6%)	20 (20,4%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 15,421, p = .000$			$\chi^2(1) = 10,933, p = .001$			$\chi^2(1) = 5,307, p = .021$		
		Sufrir agresiones								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No- Ns.Nc	98 (86,7%)	15 (13,3%)	113 (100%)	63 (95,5%)	3 (4,5%)	66 (100%)	35 (74,5%)	12 (25,5%)	47 (100%)
	Si	73 (64,0%)	41 (36,0%)	114 (100%)	47 (74,6%)	16 (25,4%)	63 (100%)	26 (51,0%)	25 (49,0%)	51 (100%)
	Total.	171 (75,3%)	56 (24,7%)	227 (100%)	110 (85,3%)	19 (14,7%)	129 (100%)	61 (62,2%)	37 (37,8%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 15,722 p = .000$			$\chi^2(1) = 11,158, p = .001$			$\chi^2(1) = 5,724, p = .017$		
		Sufrir violación								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No- Ns.Nc	111 (98,2)	2 (1,8%)	113 (100%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)	47 (100%)
	Si	90 (78,9%)	24 (21,1%)	114 (100%)	56 (88,9%)	7 (11,1%)	63 (100%)	34 (66,7%)	17 (33,3%)	51 (100%)
	Total.	201 (88,5%)	26 (11,5%)	227 (100%)	121 (93,8%)	8 (6,2%)	129 (100%)	80 (81,6%)	17 (18,4%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 20,805, p = .000$			$\chi^2(1) = 5,102, p = .024$			$\chi^2(1) = 15,885, p = .000$		
		Ejercicio de la prostitución								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No- Ns.Nc	109 (96,5%)	4 (3,5%)	113 (100%)	66 (100%)	0 (0,0%)	66 (100%)	43 (91,5%)	4 (8,5%)	47 (100%)
	Si	101 (88,6%)	13 (11,4%)	114 (100%)	62 (98,4%)	1 (1,6%)	63 (100%)	39 (76,5%)	12 (23,5%)	51 (100%)
	Total.	210 (92,5%)	17 (7,5%)	227 (100%)	128 (99,2%)	1 (0,8%)	129 (100%)	82 (83,7%)	16 (16,3%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 5,065, p = .024$			$\chi^2(1) = 1,056, p = .304$			$\chi^2(1) = 4,039, p = .044$		

Siguiendo con el efecto de la Presencia de la Violencia en la infancia, se indagó la relación entre este hecho y padecer determinadas enfermedades relacionadas con la drogodependencia y con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se preguntó de la siguiente forma: *¿Cuál es su situación orgánica? Marque con una X donde corresponda: Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH (+), SIDA, Enfermedad de transmisión sexual, Infección tuberculosa, Asma, Bulimia, Anorexia.*

A nivel general, se observa en la Tabla 97 que la enfermedad más prevalente es la Hepatitis C (21,6%), seguida de Asma (8,8%). Entre las mujeres, además de la Hepatitis C, Bulimia (9,2%), y Anorexia, VIH (+) y Asma (8,2% cada una) tienen proporciones más altas. En los hombres, además de Hepatitis C (21,7%), Asma y Hepatitis B (cada una con 9,3%). Las únicas diferencias estadísticamente significativas por sexos se observan en Bulimia ( $p = .000$ ) y Anorexia ( $p = .016$ ).

**Tabla 97. Situación orgánica (N y %) Respuesta múltiple**

	Hombres		Mujeres		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Hepatitis A	7	5,4	2	2,0	9	4,0	$\chi^2(1) = 1.68, p = .195$
Hepatitis B	12	9,3	4	4,1	16	7,0	$\chi^2(1) = 2.32, p = .128$
Hepatitis C	28	21,7	21	21,4	49	21,6	$\chi^2(1) = 0.00, p = .960$
VIH (+)	4	3,1	8	8,2	12	5,3	$\chi^2(1) = 2.85, p = .091$
SIDA	1	0,8	1	1,0	2	0,9	$\chi^2(1) = 0.04, p = .845$
Enf. de transmisión sexual	1	0,8	1	1,0	2	0,9	$\chi^2(1) = 0.039, p = .845$
Infección tuberculosa	1	0,8	2	2,0	3	1,3	$\chi^2(1) = 0.68, p = .408$
Asma	12	9,3	8	8,2	20	8,8	$\chi^2(1) = 0.09, p = .764$
Bulimia	0	0,0	9	9,2	9	4,4	$\chi^2(2) = 13.78, p = .000$
Anorexia	2	1,6	8	8,2	10	4,4	$\chi^2(1) = 5.78, p = .016$

La Tabla 98 siguiente muestra la relación entre la Presencia de Violencia en la infancia y la prevalencia de estas enfermedades. Las diferencias estadísticamente significativas se aprecian en Bulimia ( $p = .001$ ), Hepatitis C ( $p = .007$ ) y Asma ( $p = .020$ ). En los hombres aparece una relación significativa entre la Presencia de Violencia en la infancia y la Hepatitis C ( $p = .023$ ) y en las mujeres, la Presencia de Violencia en la infancia y Bulimia ( $p = .001$ ), VIH (+) ( $p = .036$ ) y Asma ( $p = .036$ ).

**Tabla 98. Haber presenciado Violencia en la infancia y padecer determinadas enfermedades. Por sexos (N y %)**

		Hepatitis A								
		Totales			Hombres			Mujeres		
		No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	No- Ns.Nc	110 (97,3%)	3 (2,7%)	113 (100%)	63 (95,5%)	3 (4,5%)	66 (100%)	47 (100%)	0 (0%)	47 (100%)
	Si	108 (94,7%)	6 (5,3%)	114 (100%)	59 (93,7%)	4 (6,3%)	63 (100%)	49 (96,1%)	2 (3,9%)	51 (100%)
	Total	218 (85,5%)	9 (14,5%)	227 (100%)	122 (94,6%)	7 (5,4%)	129 (100%)	96 (98%)	2 (2%)	98 (100%)
		$\chi^2(1) = 1,014, p = .314$			$\chi^2(1) = 0,204 p = .651$			$\chi^2(1) = 1,882, p = .170$		

### Hepatitis B

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	108 (95,6%)	5 (4,4%)	113 (100%)	62 (93,9%)	4 (6,1%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)
Si	103 (90,4%)	11 (9,6%)	114 (100%)	55 (87,6%)	8 (12,7%)	63 (100%)	48 (94,1%)	3 (5,9%)	51 (100%)
Total	211 (93,0%)	16 (7,0%)	227 (100%)	117 (90,7%)	12 (9,3%)	129 (100%)	94 (95,9%)	4 (4,1%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 2,364, p = .124$        $\chi^2(1) = 1,683, p = .194$        $\chi^2(1) = 0,881, p = .348$

### Hepatitis C

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	97 (85,8)	16 (14,2%)	113 (100%)	57 (86,4%)	9 (13,6%)	66 (100%)	40 (85,1%)	7 (14,9%)
Si	81 (71,1%)	33 (28,9%)	114 (100%)	44 (69,8%)	19 (30,2%)	37 (100%)	37 (72,5%)	14 (27,5%)	51 (100%)
Total	201 (78,4%)	26 (21,6%)	227 (100%)	101 (78,3%)	28 (21,7%)	129 (100%)	77 (78,6%)	21 (21,4%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 7,332, p = .007$        $\chi^2(1) = 5,178, p = .023$        $\chi^2(1) = 2,291, p = .130$

### VIH (+)

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	110 (97,3%)	3 (2,7%)	113 (100%)	64 (97%)	2 (3,0%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)
Si	105 (92,1%)	13 (7,9%)	114 (100%)	61 (96,8%)	2 (3,2%)	63 (100%)	44 (86,3%)	7 (13,7%)	51 (100%)
Total	215 (94,7%)	12 (5,3%)	227 (100%)	125 (96,9%)	4 (3,1%)	129 (100%)	90 (91,8%)	8 (8,2%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 3,112, p = .078$        $\chi^2(1) = 0,002, p = .962$        $\chi^2(1) = 4,388, p = .036$

### SIDA

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	112 (99,1%)	1 (0,9%)	113 (100%)	66 (100%)	0 (0%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)
Si	113 (99,1%)	1 (0,9%)	114 (100%)	62 (98,4%)	1 (1,6%)	63 (100%)	51 (100%)	0 (0%)	51 (100%)
Total	225 (99,1%)	2 (0,9%)	227 (100%)	128 (99,2%)	1 (0,8%)	129 (100%)	97 (99%)	1 (1%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 0,000, p = .995$        $\chi^2(1) = 1,056, p = .304$        $\chi^2(1) = 1,096, p = .295$

### Enfermedad de Trasmisión Sexual

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	112 (99,1%)	1 (0,9%)	113 (100%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66 (100%)	47 (100%)	0 (0%)
Si	113 (99,1%)	1 (0,9%)	114 (100%)	63 (100%)	0 (0%)	63 (100%)	50 (98%)	1 (2%)	51 (100%)
Total	225 (99,1%)	2 (0,9%)	227 (100%)	128 (99,2%)	1 (0,8%)	129 (100%)	61 (99%)	37 (1%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 15,722, p = .995$        $\chi^2(1) = 0,962, p = .327$        $\chi^2(1) = 0,931, p = .335$

### Infección tuberculosa

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	111 (98,2)	2 (1,8%)	113 (100%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)
Si	113 (99,1%)	1 (0,9%)	114 (100%)	63 (100%)	0 (0%)	63 (100%)	50 (98%)	1 (2%)	51 (100%)
Total	224 (98,7%)	3 (1,3%)	227 (100%)	128 (99,2%)	8 (0,8%)	129 (100%)	96 (98%)	2 (2%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 0,347, p = .556$        $\chi^2(1) = 0,962, p = .327$        $\chi^2(1) = 0,003, p = .953$

### Asma

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	108 (95,6%)	5 (4,4%)	113 (100%)	62 (93,9%)	4 (6,1%)	66 (100%)	46 (97,9%)	1 (2,1%)
Si	99 (86,8%)	15 (13,2%)	114 (100%)	55 (87,3%)	8 (12,7%)	63 (100%)	44 (86,3%)	7 (13,7%)	51 (100%)
Total	207 (91,2%)	20 (8,8%)	227 (100%)	117 (90,7%)	12 (9,3%)	129 (100%)	90 (91,8%)	8 (8,2%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 5,387, p = .020$        $\chi^2(1) = 1,683, p = .194$        $\chi^2(1) = 4,388, p = .036$

### Bulimia

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	113 (100%)	0 (0%)	113 (100%)	66 (100%)	0 (0%)	66 (100%)	47 (100%)	0 (0%)
Si	104 (91,2%)	10 (8,8%)	114 (100%)	63 (100%)	0 (0%)	63 (100%)	41 (80,4%)	10 (19,6%)	51 (100%)
Total	217 (95,6%)	10 (4,4%)	227 (100%)	129 (89,9%)	0 (0%)	129 (100%)	88 (89,8%)	10 (10,2%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 10,369, p = .001$       -       $\chi^2(1) = 10,263, p = .001$

### Anorexia

¿Ha presenciado Violencia en la infancia?	Totales			Hombres			Mujeres		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
	No- Ns.Nc	110 (97,3%)	3 (2,7%)	113 (100%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	66 (100%)	45 (95,7%)	2 (4,3%)
Si	107 (93,9%)	7 (6,1%)	114 (100%)	62 (98,4%)	1 (1,6%)	63 (100%)	45 (88,2%)	6 (11,8%)	51 (100%)
Total	217 (95,6%)	10 (4,4%)	227 (100%)	127 (98,4%)	2 (1,6%)	129 (100%)	90 (91,8%)	8 (8,2%)	98 (100%)

$\chi^2(1) = 1,637, p = .201$        $\chi^2(1) = 0,001, p = .974$        $\chi^2(1) = 1,840, p = .175$

#### 6.3.6.10. Relación entre Presencia de Violencia en la infancia, tiempo de evolución de la drogodependencia y número de tratamientos

Siguiendo con los posibles efectos de la Presencia de la Violencia en la infancia y la drogodependencia, se intentó analizar la relación entre la primera variable y el número de tratamientos realizados y la evolución de la drogodependencia medida en el tiempo de consumo de la sustancia que lleva a tratamiento.

En la Tabla 99 se aprecia que para el 68,7% de la muestra, el tratamiento actual no es el primero, no existiendo diferencias estadísticamente significativas cuando cruza con la variable Presencia de Violencia en la infancia.

**Tabla 99. Presencia de Violencia en la infancia y primer tratamiento realizado(N y %)**

		Presencia de Violencia en la infancia					
		No, Ns.Nc		Si		Total	
		N	%	N	%	N	%
¿Es éste su primer tratamiento?	Si	38	32,2	33	30,3	71	31,3
	No, Ns.Nc	80	67,8	76	69,7	156	68,7
	Totales	118	100	109	100	227	100

$\chi^2(1) = 1,06, p = .745$                        $\chi^2(1) = 0,098, p = .754$

Para un porcentaje mayor de hombres que de mujeres (34,8% frente al 31,9%) que no han presenciado Violencia en la infancia, éste que realizan es su primer tratamiento, sin embargo el porcentaje de mujeres resulta mayor que el de los hombres (33,3% frente al 25,4%) si ha habido Presencia de la Violencia en la infancia. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas (Tabla 100):

**Tabla 100. Presencia de Violencia en la infancia y primer tratamiento realizado. Por sexos (N y %)**

		No presencia de Viol. en la infancia				Sí presencia de Violencia en la infancia			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		N	%	N	%	N	%	N	%
¿Es éste su primer tratamiento?	Si	23	34,8	15	31,9	16	25,4	17	33,3
	No, Ns.Nc	43	65,2	32	68,1	47	74,6	34	66,7
	Totales	66	100	47	100	63	100	51	100

$\chi^2(1) = 1,06, p = .745$                        $\chi^2(1) = 0,863, p = .353$

Si se analiza la contingencia Presencia de Violencia en la infancia y Media de tratamientos realizados con anterioridad al actual, se observa que no Presencia de Violencia implica una media de 2,19 tratamientos realizados, mientras que Sí Presencia de Violencia señala una media de 2,7 tratamientos realizados, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se analizan las medias de tratamientos realizados por sexos, los hombres en que sí han presenciado Violencia en la infancia presentan una media mayor de tratamientos, en concreto 2,98 frente a 2,11 media de tratamientos sin Presencia de Violencia en la infancia. En las mujeres, por su parte, se observa igualmente una media mayor de tratamientos si ha existido la Presencia de Violencia en la Infancia, 2,44 de media, a si no la ha habido, 2,29 de media de tratamientos anteriores realizados. Ninguna de estas diferencias resulta estadísticamente significativa (Tabla 101):

**Tabla 101. Presencia de Violencia en la infancia y media del número de tratamientos realizados. Por Sexos.**

Si no es el primero, ¿cuántos ha habido?	No Presencia Viol. en la infancia		Si Presencia de Viol. en la infancia		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
<b>TOTAL</b>	2,19 (N=118)	3,15	2,7 (N=109)	2,72	1,21	228	.228	0.16
<b>En hombres</b>	2,11 (N=70)	2,97	2,98 (N=59)	3,47	1,53	127	.128	0.27
<b>En mujeres</b>	2,29 (N=48)	3,43	2,44 (N=50)	3,82	0,20	96	.840	0.04

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación p < 0.05

### **6.3.6.11. Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y edad de inicio en el consumo de sustancias**

Otra forma de ver las consecuencias de lo que ha supuesto Presenciar Violencia en la infancia además de todo lo anterior es analizar sus efectos teniendo en cuenta la edad a la que se inicia el consumo de sustancias, la edad de inicio en el consumo de la droga que lleva a tratamiento, el tiempo total de consumo y el tiempo total de consumo de la droga que lleva a tratamiento.

Con respecto a la edad media de inicio en el consumo (Tabla 102) y como se vio en la parte descriptiva, las mujeres inician de media el consumo de sustancias más tarde que los hombres (19,63 años de media en éstas frente a los 16,34 de los hombres). Estas diferencias aparecen como estadísticamente significativas. La edad media de inicio de la sustancia que lleva a tratamiento también es mayor en las mujeres (22,48 años) que en los hombres (20,40), aunque estas diferencias no son significativas.

Para calcular el tiempo total de consumo de la droga que lleva a tratamiento, se ha restado a la edad actual, la edad de inicio en el consumo de droga que lleva a tratamiento. En este caso, las mujeres llevan menos años (17,91 años) de consumo de la droga problema que los hombres (19,54), sin ser diferencias estadísticamente significativas.

Si se tiene en cuenta el hecho de Presenciar Violencia en la infancia, en la Tabla 102 se aprecia que la edad actual de las personas que han vivido estos hechos es menor (39,65 años frente a 41,18). Por sexos, la edad media actual de las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia es claramente menor que la de las mujeres que no la han presenciado (39,73 años frente a 42,43).

La edad de inicio en el consumo de sustancias es menor, en general, entre las personas que han presenciado Violencia en la infancia con respecto a las que no la han presenciado. En los hombres, la edad media en ambas circunstancias es prácticamente la misma, mientras que en las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia, la edad de inicio en el consumo de drogas es 3,75 años de media menor que aquellas que no la han presenciado.

Con respecto al tiempo total de consumo de sustancias, la edad media en años apenas reporta diferencias. Sin embargo, si se analizan las diferencias por sexos, se ve que los hombres que sí han presenciado Violencia mantienen una edad media de consumo de sustancias menor que los que no la han presenciado, mientras que en las mujeres es al contrario, las que sí han vivido estos hechos llevan más años consumiendo drogas que las que no los han vivido.

El tiempo medio de consumo de droga que lleva a tratamiento en las personas que han presenciado Violencia en la infancia es superior, tanto en hombres como en mujeres. Aunque en las mujeres esta diferencia es más acusada que en los hombres.

No hay diferencias significativas entre el hecho de Presenciar Violencia en la infancia y no presenciársela para estas variables (Tabla 102).

Tabla 102. Presencia de Violencia en la infancia y Tiempo de consumo (media de años) de la droga que lleva a tratamiento. Por sexos.

	No presencia Violencia en la infancia (N=113)		Si presencia de Violencia en la infancia (N=114)		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
<b>Edad actual</b>								
<b>TOTAL</b>	41,18	8,60	39,65	8,10	1,37	225	.169	0.18
<b>En hombres</b>	40,29	6,82	39,59	6,67	0,58	127	.898	0.28
<b>En mujeres</b>	42,43	10,55	39,73	9,64	1,32	96	.189	0.27
<b>Edad inicio en el consumo</b>								
<b>TOTAL</b>	18,37	8,40	17,09	7,56	1,18	215	.238	0.16
<b>En hombres</b>	16,20	4,92	16,50	7,14	-2,72	124	.786	-0.49
<b>En mujeres</b>	21,60	11,11	17,85	8,09	1,82	76,06	<b>.072</b>	-0.49
<b>Tiempo de consumo total</b>								
<b>TOTAL</b>	22,36	8,90	22,44	8,13	-0,07	215	.944	-0.01
<b>En hombres</b>	24,11	7,38	23,18	7,48	0,70	124	.786	0.01
<b>En mujeres</b>	19,74	10,31	21,48	8,89	-0,86	89	.391	0.18
<b>Tiempo consumo droga que lleva a tratamiento</b>								
<b>TOTAL</b>	18,07	9,56	19,62	8,67	-1,25	217	.212	-0.17
<b>En hombres</b>	19,22	8,36	19,86	8,44	-0,42	124	.672	-0.06
<b>En mujeres</b>	16,50	10,89	19,30	9,06	-1,34	87,38	.182	-0.29

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación p < 0.05

### 6.3.6.12. Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y padecimiento de Violencia Declarada por grados

Se ha considerado valorar la relación entre Presenciar Violencia en la infancia y el grado de Violencia Declarada padecida. Para esta última variable, se han agrupado los ítems del cuestionario (Anexo 1) en los que se pregunta expresamente por:

1. Antes de llegar a tener problemas con las drogas, ¿ha vivido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado-a por algún familiar, por su pareja o por alguna persona de las que conviven/han convivido/se ha relacionado con Vd.? Si, No, Ns.Nc.
2. Durante su etapa de consumo, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado-a por algún familiar, por su novio-a o por alguna persona de las que conviven/han convivido con Vd.? Si, No, Ns.Nc.
3. En algún centro de tratamiento, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado-a? Si, No, Ns.Nc.
4. Durante su etapa de tratamiento, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado-a por algún familiar, por su novio o por alguna persona de las que conviven/han convivido con Vd.? Si, No, Ns.Nc.
5. Sufrí abusos. Antes de la drogodependencia, Durante la drogodependencia, Durante ambos periodos.
6. Sufrí agresiones. Antes de la drogodependencia, Durante la drogodependencia, Durante ambos periodos.

7. Me violaron. Antes de la drogodependencia, Durante la drogodependencia, Durante ambos periodos.
8. Si ha estado en prisión ¿experimentó algún tipo de Violencia contra Vd durante la estancia? Si, No, Ns.Nc.
9. Si Vd. ha ejercido la prostitución, es decir, mantuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o droga ¿experimentó algún tipo de Violencia durante estas relaciones? Si, No, Ns.Nc.

De tal manera que Violencia Declarada Grado 1, Grado 2 y Grado 3, equivale a responder afirmativamente a: Grado 1: Una, dos o tres de las cuestiones anteriormente señaladas; Grado 2: Cuatro, cinco o seis y Grado 3: Siete, ocho o nueve.

Teniendo en cuenta este gradiente de gravedad de la violencia padecida, se observa que el 77,5% de la muestra han sufrido Violencia Declarada en cualquiera de sus Grados y que Presenciar Violencia en la infancia aumenta el número de personas que sufre Violencia Declarada Grado 2 y Grado 3, apreciándose diferencias estadísticamente significativas en el recuento de ambas variables (Tabla 103).

Por otra parte, al analizar las diferencias por sexos, se observa que porcentajes mayores de mujeres que de hombres sufren Violencia Declarada Grado 2 y 3 (Tablas 104, 105 y Gráfico 13), manteniéndose las diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos para las dos variables.

**Tabla 103. Personas que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %).**

	No Presencia de Violencia en la infancia		Si Presencia de Violencia en la infancia		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
<b>No violencia declarada</b>	41	34,7	10	9,2	51	22,5
<b>Grado 1</b>	62	52,5	53	48,6	115	50,7
<b>Grado 2</b>	15	12,7	30	27,5	45	19,8
<b>Grado 3</b>	0	0,0	16	14,7	16	7,0
<b>TOTALES</b>	118	100	109	100	227	100

$$\chi^2(3) = 40,254 \quad p = .000$$

**Tabla 104. HOMBRES que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %).**

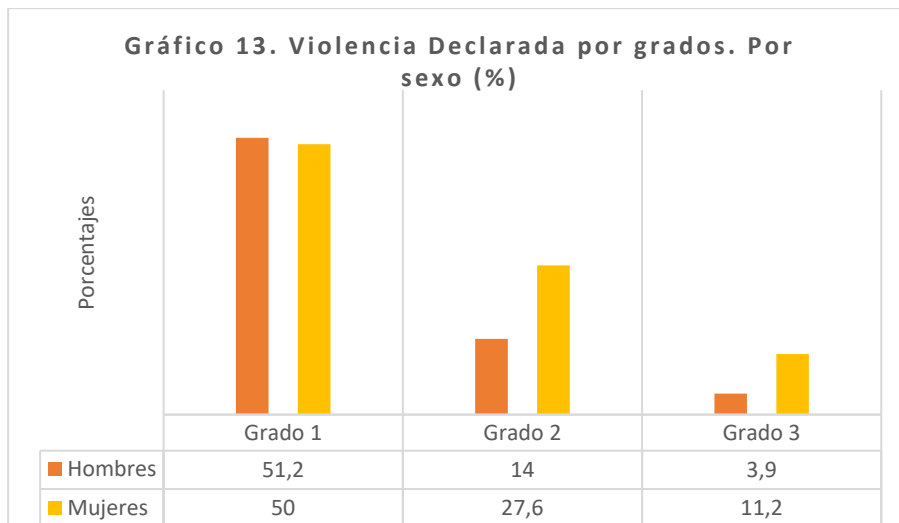
	No Presencia de Violencia en la infancia		Si Presencia de Violencia en la infancia		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
<b>No Violencia Declarada</b>	32	45,7	8	13,6	40	31,0
<b>Grado 1</b>	34	48,6	32	54,2	66	51,2
<b>Grado 2</b>	4	5,7	14	23,7	18	14,0
<b>Grado 3</b>	0	0,0	5	8,5	5	3,9
<b>TOTALES</b>	70	100	59	100	129	100

$$\chi^2(3) = 24,255 \quad p = .000$$

**Tabla 105. MUJERES que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %).**

	No Presencia de Violencia en la infancia		Si Presencia de Violencia en la infancia		TOTALES	
	N	%	N	%	N	%
<b>No violencia declarada</b>	9	18,8	2	11,2	11	11,2
<b>Grado 1</b>	28	58,3	21	42,0	49	50,0
<b>Grado 2</b>	11	22,9	16	32,0	27	27,6
<b>Grado 3</b>	0	0,0	11	22,0	11	11,2
<b>TOTALES</b>	48	100	50	100	98	100

$\chi^2(3) = 17,347 p = .001$



### 6.3.6.13. Relación entre nivel de autoestima y drogodependencia

En último lugar y con respecto a esta parte en la que se analizan las relaciones entre las situaciones de Violencia padecidas y/o ejercidas por la población participante en el estudio, se preguntó por el nivel de autoestima con el que los hombres y las mujeres se identificaban en ese momento. En concreto, la pregunta fue: *Puntúe de 1 a 10 su nivel de autoestima.*

En la Tabla 106, se aprecian diferencias estadísticamente significativas por sexo, ( $p .014$ ) en cuanto al nivel de autoestima que hombres y mujeres se han otorgado. Los hombres se han puntuado mayormente en dos posiciones: en el valor 0 (10,1% de los hombres, en las mujeres 5,1%) y en posiciones que van del 5 al 10. Las mujeres se puntúan sobre todo en los valores que van del 1 al 4.

Promediando en dos las opciones la calificación, de 0 a 5 y de 6 a 10, las mujeres se 'suspenden' en su autoestima (54,1% frente al 35,7% de los hombres) y los hombres se 'aprueban' (64,3%, frente al 43,2% de las mujeres).

**Tabla 106. Puntuación del nivel de autoestima de la muestra participante. Por sexos (N y %)**

	Hombres (N=129)		Mujeres (N=98)		
	N	%	N	%	
<b>0</b>	13	10,1	5	5,1	$\chi^2(10) = 22,28, p = .014$
<b>1</b>	1	0,8	8	8,2	
<b>2</b>	2	1,6	5	5,1	
<b>3</b>	7	5,4	7	7,1	
<b>4</b>	6	4,7	12	12,2	
<b>5</b>	17	13,2	16	16,3	
<b>6</b>	25	19,4	13	13,3	
<b>7</b>	27	20,9	11	11,2	
<b>8</b>	21	16,3	13	13,3	
<b>9</b>	5	3,9	6	6,1	
<b>10</b>	5	3,9	2	2,0	
<b>0-5</b>	46	35,7	53	54,1	$\chi^2(1) = 7,68, p = .006$
<b>6-10</b>	83	64,3	45	43,2	

Se quiso conocer la relación entre la Violencia Técnica antes de la drogodependencia y el nivel de autoestima. Para ello se cruzó la variable dicotómica Violencia Técnica antes de la drogodependencia SI-No con el nivel de autoestima como variable numérica puntuado por hombres y mujeres de la muestra. En la Tabla 107 se observa que en la población que ha padecido Violencia Técnica, el nivel medio de autoestima es de 5,08, mientras que si no se ha padecido es de 6,46, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p .000$ ), con un tamaño de efecto moderado.

Por sexos, el efecto sobre la autoestima del padecimiento de Violencia Técnica es más acusado en las mujeres. Las que han padecido este tipo de violencia se puntúan 4,73 en autoestima, mientras que las que no la han padecido 6,30, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p .016$ ) y un tamaño de efecto también moderado.

**Tabla 107. Padecimiento de Violencia Técnica antes de la drogodependencia y nivel de autoestima**

	No padecimiento Violencia Técnica		Si padecimiento Violencia Técnica		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
<b>Nivel medio de autoestima TOTAL</b>	6,46 (N=61)	2,54	5,08 (N=166)	2,53	3,63	225	.000	0.48
<b>En hombres</b>	6,55 (N=38)	2,67	5,36 (N=91)	2,47	2,35	127	.016	0.42
<b>En mujeres</b>	6,30 (N=23)	2,36	4,73 (N=75)	2,57	2,60	96	.011	0.53

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p \leq 0.05$

La variable autoestima se redujo a dos opciones (5 o menos y 6 o más) y la variable Violencia Técnica antes de drogodependencia se convirtió en numérica. Se aprecia en la Tabla 108 que las personas que han puntuado una autoestima menor de 6 han señalado 6,69 eventos de media de Violencia Técnica antes de la drogodependencia, mientras que las personas que se han puntuado con 6 o más en el nivel de autoestima, han marcado 4,67 de media. Las diferencias son estadísticamente significativas entre ambas variables ( $p .000$ ) y el tamaño del efecto entre pequeño y moderado.

Teniendo en cuenta el sexo de los participantes, al igual que se vio en la tabla anterior, en las mujeres el efecto de la Violencia Técnica antes de la drogodependencia es mayor que en los hombres en cuanto al nivel de autoestima puntuado. Las que se suspenden en autoestima señalan 7,92 eventos de Violencia Técnica, frente a los 5,36 de media si se puntúa 6 o más en autoestima. Las diferencias son estadísticamente significativas en el caso de las mujeres ( $p .051$ ) y el tamaño del efecto está cerca de ser moderado.

**Tabla 108. Padecimiento de Violencia Técnica antes de la drogodependencia y nivel de autoestima Por sexos.**

	Autoestima 5 o menos		Autoestima 6 o más		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
<b>Número medio de eventos de Violencia Técnica. TOTAL.</b>	6,69 (N=99)	6,14	4,67 (N=128)	5,38	2,63	225	.009	0.35
<b>En hombres</b>	5,26 (N=46)	4,59	4,30 (N=83)	5,25	1,04	127	.301	0.18
<b>En mujeres</b>	7,92 (N=53)	7,92	5,36 (N=45)	5,61	1,97	96	<b>.051</b>	0.40

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p \leq 0.05$

Por último, se cruzó la variable Presencia de Violencia en la infancia con nivel de autoestima puntuado. Si bien en el conjunto de la muestra la relación entre estas variables no presenta diferencias estadísticamente significativas, teniendo en cuenta el colectivo femenino estas diferencias sí aparecen. Así se observa que el nivel de autoestima baja a 4,56 cuando se han vivido escenas de violencia en la infancia, mientras que sube a 5,67 cuando no ha habido esta circunstancia ( $p .035$ ), con un tamaño de efecto prácticamente moderado (Tabla 109):.

**Tabla 109. Presencia de Violencia en la infancia y nivel de autoestima. Por sexos.**

	No Presencia Violencia en la infancia		Si Presencia de Violencia en la infancia		Prueba de contraste			Tamaño efecto
	M	DE	M	DE	t	g. l.	Sig.	d
<b>Nivel de autoestima (0 a 10). TOTAL</b>	5,59 (N=118)	2,71	5,29 (N=109)	2,48	0,869	225	.388	0.115
<b>En hombres</b>	5,54 (N=70)	2,83	5,92 (N=59)	2,27	-0.815	127	.417	-0.144
<b>En mujeres</b>	5,67 (N=48)	2,56	4,56 (N=50)	2,54	2,143	96	<b>.035</b>	0.437

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; g. l.= Grados de libertad; Sig.= Valor de significación  $p < 0.05$

La Presencia de Violencia en la infancia presenta diferencias significativas cuando se comparan los datos de los hombres y de las mujeres ( $p = .006$ ). En la Tabla 110 se aprecia que el 60,8% de las mujeres tienen una autoestima de 5 o menos cuando ha existido Presencia de Violencia en la infancia, mientras que en los hombres únicamente alcanza al 34,9%. Las que se puntúan con 6 o más en la autoestima habiendo sufrido violencia en la infancia son 39,2%, mientras que en los hombres esta proporción alcanza el 65,1%.

De igual forma, la no Presencia de Violencia en la infancia mantiene un nivel en general más equilibrado entre las mujeres. En los hombres que no han sufrido estas circunstancias la autoestima 'aprobada' se encuentra más fortalecida (63,6% frente al 53,3%).

**Tabla 110. Presencia de Violencia en la infancia y nivel de autoestima. Por sexos (N y %)**

		No Presencia de Violencia en la infancia				Sí Presencia de Violencia en la infancia			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de autoestima	De 0 a 5	24	36,4	22	46,8	22	34,9	31	60,8
	Más de 5	42	63,6	25	53,3	41	65,1	20	39,2
	Totales	66	100	47	100	63	100	51	100
		$\chi^2(1) = 1.241, p = .265$				$\chi^2(1) = 7.57, p = .006$			

### **6.3.7. Modelo explicativo del padecimiento de violencia en población drogodependiente**

#### **6.3.7.1. Introducción**

El punto central del presente trabajo, las relaciones entre el padecimiento de violencia en la población drogodependiente, es uno de los aspectos más importantes presentes en los colectivos con problemas de adicción. Afecta al curso de la enfermedad y a su prolongación en el tiempo, por lo tanto también debería estar presente en su abordaje clínico, terapéutico y psicoeducativo. En aras al desarrollo de un abordaje más ajustado a esta doble problemática, se presenta un modelo explicativo que intenta aclarar el diagnóstico del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

Con la información recabada y analizada en el abordaje cualitativo y la obtenida en la parte descriptiva y relacional, el presente estudio también consideró crear un modelo explicativo con algunas de las variables que más peso estadístico demostraron en el análisis relacional e intentar aclarar qué variables podían finalmente explicar el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia en la población drogodependiente.

#### **6.3.7.2. Objetivos**

Objetivos:

1. Conocer las variables que explican probabilidad de ocurrencia de padecer violencia antes de la drogodependencia (variable dependiente) en función del grupo de variables siguientes: existencia de familiares con problemas de drogodependencia, nivel de autoestima actual y edad de inicio en el consumo de sustancias (antes o de los 15 años).
2. Evidenciar cuales son las variables que explicarían el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia en población drogodependiente.
3. Demostrar que el hecho de sufrir violencia antes de la drogodependencia está relacionado con la existencia de familiares con drogodependencia, con el nivel de autoestima actual y con el comienzo temprano en el consumo de drogas.

#### **6.3.7.3. Modelo explicativo del padecimiento de violencia en población drogodependiente**

Las variables que podrían explicar el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia, como variable dependiente, son: la edad de inicio en el consumo de drogas ('menor de 15 años' y '15 años o más') y la existencia o no de familiares con problemas de drogodependencia, como variables dicotómicas y el nivel de autoestima actual que se puntuó en el cuestionario, como variable numérica.

Los procedimientos estadísticos del nivel explicativo ayudan a conocer si existe una relación multivariada entre estas variables independientes con la dependiente y sirven, asimismo, para poder predecir la probabilidad de haber experimentado violencia antes de la drogodependencia si se dan

determinados factores causales. Predecir es calcular la probabilidad de ocurrencia.

Siguiendo con la misma línea de análisis realizada hasta ahora, se tendrá en cuenta la variable sexo, de tal forma que se hará un modelo de regresión explicativo con los datos de la totalidad de la muestra, otro para explicar el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia en los hombres y otro para el colectivo femenino.

En un primer momento se mostrarán los datos de la muestra al completo, posteriormente la regresión realizada para la población masculina y posteriormente la de la femenina.

Para el análisis de regresión logística, el bloque 0 indica que hay una probabilidad del 74,6 % de acierto de la variable dependiente en el conjunto muestral total, del 70,8% de la muestra masculina y del 79,8% de la femenina (Tabla 111).

**Tabla 111. Valores observados y pronosticados. Variables explicativas (Totales, Hombres y Mujeres) (N y %)**

**Bloque 0: Bloque inicial**

Tabla de clasificación <sup>a,b</sup>					
			Pronosticado		
			Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto
<b>Observado TOTAL</b>			No, Ns.Nc.	Si	
Paso 0	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No, Ns.Nc.	0	53	,0
		Si	0	156	100,0
Porcentaje global					<b>74,6</b>
			Pronosticado		
			Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto
<b>Observado HOMBRES</b>			No	Si	
Paso 0	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No	0	35	,0
		Si	0	85	100,0
Porcentaje global					<b>70,8</b>
			Pronosticado		
			Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto
<b>Observado MUJERES</b>			No	Si	
Paso 0	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No	0	18	,0
		Si	0	71	100,0
Porcentaje global					<b>79,8</b>

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

**Cuadro resumen variables explicativas (Totales, Hombres y Mujeres)**

**Variables en la ecuación**

TOTAL		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	1,080	,159	46,105	1	.000	2,943

**Variables en la ecuación**

HOMBRES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	,887	,201	19,519	1	.000	2,429

**Variables en la ecuación**

MUJERES		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	1,372	,264	27,042	1	.000	3,944

Como se aprecia, en el conjunto muestral total y en la muestra femenina las variables independientes seleccionadas muestran significatividad estadística en el análisis bivariado con la variable dependiente. En la muestra masculina la variable 'edad de inicio en el consumo de drogas' no obtiene significatividad estadística (Tabla 113)

**Tabla 113. Cuadro resumen variables relacionales (Totales, Hombres y Mujeres)**

<b>VARIABLES QUE NO ESTÁN EN LA ECUACIÓN</b>			<b>Puntuación</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
<b>TOTALES</b>					
Paso 0	Variables	Familiares con problemas de drogodependencia	13,722	1	.000
		Nivel de autoestima	13,583	1	.000
		Edad de inicio en el consumo de drogas	6,939	1	.008
	Estadísticos globales		30,245	3	.000

<b>HOMBRES</b>			<b>Puntuación</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Paso 0	Variables	Familiares con problemas de drogodependencia	10,896	1	.001
		Nivel de autoestima	7,967	1	.005
		Edad de inicio en el consumo de drogas	1,809	1	.179
	Estadísticos globales		15,822	3	.001

<b>MUJERES</b>			<b>Puntuación</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Paso 0	Variables	Familiares con problemas de drogodependencia	2,878	1	.090
		Nivel de autoestima	4,405	1	.036
		Edad de inicio en el consumo de drogas	8,003	1	.005
	Estadísticos globales		17,830	3	.000

**Bloque 1: Método = Introducir**

Para el bloque 1 del modelo, la puntuación de eficiencia estadística indica que hay una mejora significativa en la predicción de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente: ( $\chi^2(3)=32,131, p<.001$  Total;  $\chi^2(3)=17,032, p<.001$ , hombres y  $\chi^2(3)=20,951, p<.001$  en mujeres) (Tabla 114).

**Tabla 114. Pruebas ómnibus (Totales, Hombres y Mujeres)**

**Pruebas omnibus TOTAL sobre los coeficientes del modelo**

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	32,131	3	.000
	Bloque	32,131	3	.000
	Modelo	32,131	3	.000

**Pruebas omnibus HOMBRES sobre los coeficientes del modelo**

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	17,032	3	.001
	Bloque	17,032	3	.001
	Modelo	17,032	3	.001

**Pruebas omnibus MUJERES sobre los coeficientes del modelo**

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	20,951	3	.000
	Bloque	20,951	3	.000
	Modelo	20,951	3	.000

El R cuadrado de Nagelkerke (Tabla 115) indica que el modelo propuesto explica un 21% de la varianza de la variable dependiente en los datos de la muestra total (18,9% en la masculina y el 33% en la femenina). Este bajo índice, en relación con lo requerido para la aceptación del modelo, es debido a la escasa representatividad de la muestra con respecto a la población de estudio<sup>32</sup>.

**Tabla 115. Cuadro resumen R cuadrado de Cox y R cuadrado de Nagelkerke (Totales, Hombres y Mujeres)**

**Resumen del modelo TOTAL**

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	204,559 <sup>a</sup>	,143	,210

**Resumen del modelo HOMBRES**

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	127,841 <sup>a</sup>	,132	,189

**Resumen del modelo MUJERES**

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	68,672 <sup>a</sup>	,210	,330

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 6 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

<sup>32</sup> Se recuerda que la población de estudio se compone principalmente de hombres y mujeres drogodependientes en tratamiento en la CAPV. Frente a la baja representatividad femenina, se optó por ampliar la muestra de mujeres drogodependientes en tratamiento en comunidades limítrofes (Navarra, La Rioja, Burgos, Cantabria y Asturias). Para el cálculo de la población y muestra, ver Anexo 2.

La prueba de Hosmer y Lemeshow (Tabla 116) muestra que no hay diferencias significativas entre los valores esperados y los observados.

**Tabla 116. Tablas de contingencia para prueba de Hosmer y Lemeshow (Totales, Hombres y Mujeres)**

**Prueba de Hosmer y Lemeshow TOTALES**

Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
1	6,250	8	.619

**Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow**

		Violencia Téc. Antes de la drog. = No		Violencia Téc. Antes de la drog. = Si		Total
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Paso 1	1	12	9,234	3	5,766	15
	2	10	12,100	15	12,900	25
	3	7	7,792	13	12,208	20
	4	7	6,718	15	15,282	22
	5	3	5,076	19	16,924	22
	6	4	4,036	19	18,964	23
	7	3	3,232	20	19,768	23
	8	3	2,525	20	20,475	23
	9	2	1,473	17	17,527	19
	10	2	,815	15	16,185	17

**Prueba de Hosmer y Lemeshow HOMBRES**

Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
1	10,225	7	.176

**Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow**

		Violencia Téc. Antes de la drog. = No		Violencia Téc. Antes de la drog. = Si		Total
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Paso 1	1	10	7,597	3	5,403	13
	2	8	6,429	5	6,571	13
	3	3	5,125	9	6,875	12
	4	2	3,947	9	7,053	11
	5	2	3,124	10	8,876	12
	6	3	3,490	13	12,510	16
	7	3	2,446	11	11,554	14
	8	1	1,732	12	11,268	13
	9	3	1,110	13	14,890	16

**Prueba de Hosmer y Lemeshow MUJERES**

Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
1	9,528	7	.217

**Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow**

		SumaTécnicasAntesDico = No		SumaTécnicasAntesDico = Si		Total
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Paso 1	1	5	4,652	2	2,348	7
	2	5	4,453	5	5,547	10
	3	3	2,961	6	6,039	9
	4	0	2,048	9	6,952	9
	5	3	1,776	8	9,224	11
	6	1	,883	7	7,117	8
	7	0	,709	10	9,291	10
	8	0	,359	11	10,641	11
	9	1	,158	13	13,842	14

Para el análisis de regresión logística, el bloque 1 indica que hay un 79,4% de probabilidad de acierto de la variable dependiente cuando se analiza la muestra total (76,7% para la muestra masculina y 83,1% para la femenina), cuando conocemos el valor de las variables predictoras usadas en el modelo. Se puede apreciar como el modelo es mucho más predictivo 94,2% para la categoría SI de la variable dependiente cuando se considera la muestra total, 95,3% para la muestra masculina y 97,2% para la femenina (Tabla 117):

**Tabla 117. Valores observados y pronosticados ajustados (Totales, Hombres y Mujeres)**  
**Tabla de clasificación<sup>a</sup>**

		Pronosticado			
		Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto	
Observado TOTAL		No	Si		
Paso 1	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No.	19	34	35,8
		Si	9	147	<b>94,2</b>
Porcentaje global					79,4

		Pronosticado			
		Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto	
Observado HOMBRES		No	Si		
Paso 1	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No	11	24	31,4
		Si	4	81	<b>95,3</b>
Porcentaje global					76,7

		Pronosticado			
		Viol. Téc. antes de la drog.		Porcentaje correcto	
Observado MUJERES		No.	Si		
Paso 1	Violencia Técnica antes de la drogodependencia	No	5	13	27,8
		Si	2	69	<b>97,2</b>
Porcentaje global					83,1

a. El valor de corte es ,500

En la Tabla 118 se observan los coeficientes de las variables predictoras. En el modelo se muestra cómo todas las variables salen significativas. Además los ET son menores de 1 y los intervalos de confianza de los Exp(B) no contienen al 1, excepto en la variable edad de inicio en el consumo de drogas analizada en el colectivo masculino. Se mantiene en el modelo porque no afectó a las otras variables predictoras.

**Tabla 118. Cuadro resumen variables explicativas. Modelo final ajustado (Totales, Hombres y Mujeres)**

**Variables en la ecuación TOTALES**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>								
Familiares con problemas de drogodependencia	1,036	,348	8,879	1	.003	2,819	1,426	5,572
Nivel de autoestima	-,260	,078	11,093	1	.001	,771	,662	,898
Edad de inicio en el consumo de drogas	-,877	,386	5,168	1	.023	,416	,195	,886
Constante	3,515	,883	15,838	1	.000	33,623		

**Variables en la ecuación HOMBRES**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>								
Familiares con problemas de drogodependencia	1,138	,462	6,080	1	.014	3,122	1,263	7,716
Nivel de autoestima	-,238	,106	5,092	1	.024	,788	,641	,969
Edad de inicio en el consumo de drogas	-,192	,476	,163	1	.686	,825	,325	2,096
Constante	2,080	1,128	3,402	1	.065	8,007		

**Variables en la ecuación MUJERES**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup>								
Familiares con problemas de drogodependencia	1,402	,624	5,046	1	.025	4,062	1,196	13,800
Nivel de autoestima	-,303	,131	5,351	1	.021	,739	,572	,955
Edad de inicio en el consumo de drogas	-2,915	1,106	6,948	1	.008	,054	,006	,474
Constante	7,464	2,302	10,513	1	.001	1743,357		

Se observa que, por tanto, las variables independientes finalmente seleccionadas son buenas predictoras de la variable dependiente.

**Resumen de resultados nivel explicativo**

En primer lugar se observa que existe relación entre las variables independientes por separado y la variable dependiente.

La población drogodependiente en tratamiento que ha padecido violencia en la infancia muestra una asociación significativa con el hecho de tener familiares con problemas de drogodependencia, mostrar un bajo nivel de autoestima actual y con iniciar el consumo de drogas a una edad más temprana que la personas drogodependientes en tratamiento que no han padecido violencia en la infancia.

En los ajustes del modelo de regresión se aprecia en casi todos cómo el porcentaje total explicado de la variable dependiente es mucho mayor para la categoría SI de la variable dependiente, esto implica que los modelos de ajuste son mucho mejores a la hora de predecir el valor SI de la variable dependiente que el valor NO.

Cuando se realiza la prueba de regresión logística con la muestra al completo, se observa que la prueba ómnibus aporta un nivel de significación menor de 0,05 en todos los análisis, tanto en el realizado sobre la muestra total, como en el realizado sobre la muestra masculina y la femenina.

Los índices R-cuadrado de Cox y Snell y la R-cuadrado de Nagelkerke indican que la parte de varianza explicada de la variable dependiente es baja, lo cual podría tener relación con el tamaño de la muestra en relación a la población objeto de estudio. La parte de varianza explicada en este caso se sitúa entre el 14,3% y el 33%, en función del grupo analizado.

La prueba de Hosmer y Lemeshow muestra que entre los valores observados y los esperados, en términos de probabilidad, no muestran diferencias significativas, por lo que indica que el modelo está bien ajustado.

Con respecto a la relación entre las variables independientes con la variable dependiente, vemos que:

1. La existencia de familiares drogodependientes explica el hecho de padecer violencia antes de la drogodependencia. La población drogodependiente en tratamiento que tiene familiares con problemas de drogodependencia muestra más probabilidad de padecer violencia antes de la drogodependencia que la población drogodependiente que no tiene familiares con este problema.
2. El nivel de autoestima también explica el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia. De tal forma que a menor nivel de autoestima puntuado, más probabilidad de haber padecido violencia en este periodo.
3. La edad de inicio en el consumo de drogas también explica el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia. Así, los y las participantes que comienzan el consumo de sustancias antes de los 15 años muestran más probabilidad del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia que las personas que comienzan el consumo de sustancias después de superar los 15 años.

La variable que más explica padecer violencia antes de la drogodependencia es la existencia de familiares con problemas de drogodependencia.

Haciendo el análisis de regresión logística por sexos, se aprecia que en los hombres la temprana edad en el comienzo del consumo de drogas no se relaciona significativamente con haber padecido violencia antes de la drogodependencia, pero sí con el hecho de tener familiares con problemas por el consumo de sustancias y con el bajo nivel de autoestima actual.

El bajo nivel de autoestima actual es una variable explicativa y predictora del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia tanto en hombres como en mujeres drogodependientes.

La existencia de familiares con problemas por el consumo de drogas es una variable explicativa y predictora del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

El comienzo en el consumo de drogas antes de los 15 años es una variable explicativa y predictora del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia en las mujeres, pero no en los hombres.

## 6.4 Resumen de resultados del abordaje cuantitativo

### Perfiles

A la vista de los resultados analizados, este estudio descriptivo nos permite decir que el perfil de hombre que asiste a tratamiento por adicción a sustancias tiene una edad media de 40 años, es de nacionalidad española, es un parado sin subsidio, con estudios primarios, soltero, que vive con la familia de origen o en otras formas de convivencia (que no son familia nueva), vive con la madre, en la casa conviven tres personas, que ha nacido en el lugar donde reside, el padre ha nacido en el País Vasco o en el Estado español (mismo porcentaje), la madre ha nacido en el País Vasco, no tiene hijos y sin ingresos (alguien de su familia de origen aporta los mayores ingresos al hogar).

El perfil de mujer entrevistada tiene 41 años, de nacionalidad española, está parada sin subsidio, tiene estudios primarios, está soltera, convive con familia nueva, con pareja e hijos-as, con una media de tres personas en el domicilio, su nacimiento y los del padre y la madre es en la misma comunidad en la que nacieron, que tiene uno o dos hijos-as, que los hijos-as están conviviendo con ella o en institución (mismo porcentaje), que no dispone de ingresos y alguien de la familia de origen aporta los mayores ingresos al hogar.

Las mujeres tienen más edad que los hombres cuando asisten al tratamiento. Unido a esto, están representadas más mujeres menores de 30 años y mayores de 50 que los hombres en estas franjas de edad. Estas diferencias son estadísticamente significativas por sexo.

Las mujeres de la muestra también presentan una situación laboral y económica más precaria que la de los hombres. Se presentan diferencias que son estadísticamente significativas por sexo en la situación laboral 'parados-as sin subsidio', 'amo-a de casa' y 'situación de baja médica laboral'. Esto es, los hombres disponen de una cobertura económica en situación de baja laboral en mayor proporción que las mujeres, y aunque hay más población masculina que trabaja, ellas se encuentran en una situación de mayor precariedad al no disponer de este derecho social.

Las mujeres han alcanzado un nivel educativo mayor que los hombres.

Con respecto al estado civil, si bien en ambos sexos prevalece la soltería, las mujeres están o han estado vinculadas a parejas en mayor proporción que los hombres (casadas, parejas de hecho, divorciadas y viudas).

Son más las mujeres casadas y más los hombres separados, mostrándose diferencias significativas por sexo en estos casos.

Con respecto a la convivencia, más hombres que mujeres conviven con la familia de origen y más mujeres que hombres están con una nueva familia. También son más mujeres que hombres quienes conviven en el momento del estudio con parejas e hijos-as y más hombres que mujeres conviven con otros-as personas en recursos públicos o subvencionados por la administración pública, mostrando estas variables diferencias estadísticamente significativas por sexo. Las mujeres conviven mayoritariamente con una, dos o tres personas y los hombres con más de cuatro. Se muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la convivencia en institución.

Las mujeres con hijos-as son mayoría y entre las personas participantes que son madres o padres, las mujeres cuentan con más descendencia que los hombres. Los hijos e hijas de las mujeres están mayoritariamente con las madres y con otros-as. Los hijos-as de los hombres están con la madre.

Son más los hombres que las mujeres quienes disponen de ingresos propios. En los casos en que ambos sexos cuentan con ingresos, la cuantía de los mismos es superior entre los varones.

### **Relación con las drogas**

Con relación a las características de los consumos de drogas, en los hombres, la edad de inicio en el consumo de sustancias se produce a los 16,34 años y la de la droga que lleva a tratamiento a los 20,40 años. Las drogas más problemáticas para ellos son la cocaína (sustancia excitante ilegal), el alcohol y el tabaco, consumen sobre todo drogas estimulantes e ilegales y la frecuencia de este consumo es diaria.

En las mujeres, la edad de inicio en el consumo de sustancias se produce a los 19,63 años y la de la sustancia que lleva a tratamiento a los 22,48. Las drogas más problemáticas son el alcohol (sustancia depresora del SNC y legal), el tabaco y la cocaína. La frecuencia de consumo es también diaria.

Las diferencias estadísticamente significativas por sexo se muestran en los consumos de cánnabis, cocaína, speed/anfetaminas y drogas de síntesis entre los hombres, esto es en drogas estimulantes, ilegales y perturbadoras del SNC.

La enfermedad más prevalente entre los hombres es Hepatitis C, seguida de Asma y Hepatitis B y entre las mujeres, Bulimia, Anorexia, Asma y VIH(+).

Los hombres señalan ser asmáticos y portadores del virus de la hepatitis A, B y C en mayor proporción que las mujeres. Éstas, presentan el VIH (+) y sida, enfermedades de transmisión sexual, infección tuberculosa en mayor proporción.

También las mujeres de la muestra presentan trastornos de la conducta alimentaria (TCA) anorexia y bulimia en mayor proporción que los hombres, mostrándose diferencias significativas por sexo.

### **Relación de la familia con las drogas**

Los hombres y las mujeres señalan familiares con problemas de drogodependencia.

En los hombres y mujeres, los padres tienen en mayor medida problemas con el alcohol y el tabaco, las madres igualmente con el alcohol y el tabaco, los hermanos con el tabaco, el cannabis y el alcohol.

Las parejas de los-as participantes con el tabaco, alcohol y cannabis, en las de las mujeres además con los opiáceos.

En las mujeres los porcentajes de padres, madres, hermanos-as y parejas con problemas por consumo de alcohol y tabaco son más altos que en los hombres.

Entre los hermanos-as de los participantes, los porcentajes de opiáceos y cánnabis son mayores entre los hombres que entre los de las mujeres.

Más mujeres drogodependientes que hombres drogodependientes señalan familiares con problemas por consumo de sustancias.

Las diferencias estadísticamente significativas aparecen en las mujeres en los consumos de alcohol y tabaco de las madres, opiáceos y tabaco de las parejas y el consumo de tabaco en los hijos-as. En los hombres, el consumo de opiáceos de los hermanos-as.

### **Características de la relación de pareja**

Los hombres mayoritariamente no tienen pareja, los que sí tienen, ésta les apoya en el tratamiento. Sus parejas no tienen relación con las drogas y definen su relación de pareja con 'alguna tensión' y resuelven sus dificultades con 'alguna dificultad'. La mayoría no ha tenido relaciones de pareja distinta a la actual en el último año y los que sí la han mantenido ha sido con dos nuevas parejas. Algunas de sus parejas anteriores han tenido problemas con las drogas y otras no.

Las mujeres tenían pareja, llevan con ella más de diez años y ésta, según declaran, les apoya en el tratamiento. Señalan que sus parejas no tienen relación con las drogas y describen su relación con 'alguna tensión' y que resuelven las tensiones 'sin dificultad'. No han tenido relación de pareja al margen de la actual y las mujeres que sí la han tenido, se han relacionado con dos nuevas parejas. Algunas de sus parejas anteriores han mantenido relaciones con las drogas y otras no.

Los hombres reciben más apoyo por parte de sus parejas que las mujeres.

Las diferencias estadísticamente significativas por sexos se muestran en los siguientes puntos: más mujeres que hombres tienen relación de pareja; el tiempo de esta relación en las mujeres es más larga; la pareja de las mujeres tiene problemas de drogodependencia; perciben que su pareja les apoya en el tratamiento; las tensiones entre la pareja se resuelven sin dificultad. Todas las parejas anteriores de las mujeres han tenido problemas con las drogas.

### **Características del tratamiento y de los anteriores y expectativas hacia el mismo**

Para los hombres no es su primer tratamiento, han tenido cuatro o más anteriormente. En el tratamiento que realizaban en el momento de la pasación del cuestionario llevan de uno a siete meses y asistían mayoritariamente a una Comunidad Terapéutica. Pusieron fin a los tratamientos anteriores porque finalizaron. Entre las dificultades para asistir al mismo están 'las obligaciones laborales'. Finalizar el tratamiento es una experiencia que le ayudará 'mucho' en la vida y dispone de alguien de confianza cuando tienen problemas.

Para las mujeres tampoco es su primer tratamiento, con anterioridad hubo un tratamiento más, llevan en el mismo entre uno y tres meses, en el momento del estudio recibían tratamiento en Comunidad Terapéutica. Dicen que pusieron fin a los tratamientos anteriores porque éstos habían finalizado. Entre los problemas que han tenido que superar para acudir, está 'el cuidado de mis hijos-as'. Finalizar un tratamiento es una experiencia que ayudará en el futuro 'mucho' y disponen de personas de confianza con las cuales contar cuando tienen problemas.

Las diferencias estadísticamente significativas se presentan con relación al tiempo que se lleva en tratamiento: las mujeres, menos de tres meses y los hombres, de uno a dos años. Los hombres están principalmente en Comunidad Terapéutica y han realizado tratamientos en esta modalidad. Las mujeres perciben que no han debido de superar ningún problema para acudir a tratamiento.

## Experiencias de violencia

### Maltrato padecido de tipo Técnico y Declarado antes de la Drogodependencia

El 73,1% de las personas participantes han considerado que han recibido **Maltrato técnico** por parte de personas cercanas (familiares y parejas) y/o por parte de otras personas.

Los mayores porcentajes se muestran en el colectivo femenino (76,5%) frente al masculino (70,5%).

Con respecto a quién o quienes ejercen esta violencia, las diferencias estadísticamente significativas por sexo se muestran en las mujeres y cuando es la pareja la persona que la realiza. Los tipos de violencia que ejerce la pareja son: Violencia física, económica, espiritual o moral y estructural.

Con respecto al tipo de violencia, en los hombres los mayores promedios de Violencia Técnica de tipo psicológico proceden del padre, de la madre y, en las mujeres, de parte de hermanos-as, parejas y otras personas.

La Violencia Física sobre las mujeres, es ejercida mayoritariamente por el padre, madre, hermanos-as, hijos-as, parejas y otras personas.

Con respecto a la Violencia Sexual y Económica, son las mujeres las que acumulan mayores porcentajes y éstos provienen de parejas y otras personas.

La Violencia Estructural es ejercida por padres, madres y hermanos en porcentajes similares para ambos sexos y, sobre las mujeres, mayormente por la pareja y otras personas.

La Violencia Espiritual o moral es padecida por hombres y mujeres, sin embargo los mayores promedios se acumulan entre las mujeres y cuando ésta proviene de la pareja, la madre, otras personas y el padre.

Con respecto al **Maltrato Declarado** antes de la drogodependencia, se ha observado que el 51,1% de la muestra lo ha padecido, aproximadamente dos de cada tres mujeres (67,3%) y uno de cada tres hombres (38,8%) ha reconocido haber sufrido Violencia por parte de personas cercanas, familiares y/o parejas y/o por parte de otras personas. Las diferencias estadísticamente significativas por sexos aparecen en las mujeres cuando la persona que maltrata es la pareja y expareja y otras personas.

Con respecto a las razones por las cuales los-as participantes piensan que esta-s persona-s han ejercido esta Violencia, se obtienen diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres cuando justifican que esta persona 'tenía problemas psicológicos', 'se encontraba estresado por algún problema' y/o 'estaba en paro'.

Las mujeres parecen justificar en mayor medida que los hombres este Maltrato independientemente de quién sea la figura que lo ejerce.

### **Maltrato de tipo Técnico y Declarado padecido durante la Drogodependencia**

Casi tres de cada cuatro personas (72,2%) han sufrido **Maltrato Técnico** durante la drogodependencia, de ellas un porcentaje mayor son mujeres (76,5%).

En cuanto a quien lo ha ejercido, en las mujeres los porcentajes mayores aparecen en: la pareja e hijos (con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los hombres), el padre y la madre. Los hombres, por su parte, señalan al padre, a la madre, hermanos y otras personas.

Con respecto al tipo de Violencia ejercida por parte de padre y madre, en el colectivo masculino aparecen los mayores porcentajes en Violencia Psicológica, Estructural y Económica padecida; en el femenino, la de tipo Estructural, Espiritual o moral proveniente de las madres y la sexual del padre.

Cuando la violencia es ejercida por otras personas los promedios mayores en los hombres se muestran en violencia de tipo Psicológico, Económico y Estructural y en las mujeres, en maltrato de tipo Sexual, Espiritual o moral y Físico.

Las mujeres muestran diferencias significativas con los hombres en la Violencia que proviene de la pareja de tipo Físico, Psicológico, Sexual y Espiritual o moral, en la que proviene de hijos-as de tipo Psicológico y la que proviene de otras personas, de tipo Sexual.

Con respecto al Maltrato Declarado durante la drogodependencia, el 45% de la población participante señala haberlo padecido (el 34,9% de los hombres y el 59,2% de las mujeres).

En cuanto a quien ha ejercido este tipo de maltrato, los porcentajes mayores en las mujeres señalan a la expareja, a la pareja y al padre. Los hombres a la pareja, al padre y a los-as hermanos-as.

Las diferencias estadísticamente significativas se observan cuando el maltrato proviene de la expareja y de los hijos-as, con porcentajes mayoritariamente femenino.

Con respecto a la frecuencia con la que hombres y mujeres han sufrido maltrato durante la drogodependencia, los porcentajes más altos se acumulan en las mujeres. Con relación al tiempo en el que se prolongó o duró el maltrato durante esta etapa, tanto los hombres como las mujeres declaran sufrirlo, en mayor medida, durante más de un año.

Existen diferencias estadísticamente significativas de la media de la suma de experiencias o eventos diferentes de Maltrato Técnico entre el grupo de hombres y mujeres tanto antes del inicio de la drogodependencia como durante la misma, resultando para ambas circunstancias la media del grupo de mujeres mayor que la del grupo de hombres, siendo además el tamaño del efecto de esta diferencia relativamente moderado (según los umbrales de Cohen). Cuando el maltrato es de tipo Declarado, tanto antes como durante la drogodependencia, las diferencias no son estadísticamente significativas.

## **Experiencias de violencia durante el o los tratamientos realizados**

De las personas participantes en el estudio, el 13,2% declaran haber experimentado también violencia en algún centro de tratamiento. De ellas, un porcentaje mayor de hombres (14,7%) que de mujeres (11,2%).

Con respecto al conocimiento de maltrato ejercido a alguna persona conocida en algún tratamiento, el 18,9% respondió que sí, sin diferencias por sexos.

El 17,2% de la muestra respondió afirmativamente a haber sido maltratada por alguna persona cercana durante el tiempo de tratamiento, correspondiendo al 22,4% de las mujeres y al 13,2% de los hombres. Las diferencias estadísticamente significativas por sexo se mostraron en las mujeres cuando fue la pareja quien lo ejerció.

Entre las razones por las cuales ésta-s persona-s ejercieron el maltrato, el porcentaje mayor tanto en hombres como en mujeres, fue para la opción 'consumía drogas'.

## **Otras situaciones problemáticas y conflictivas padecidas antes y durante la drogodependencia**

Paralelamente a estas cuestiones sobre la existencia de maltrato de tipo Técnico o Declarado antes y durante la drogodependencia y durante el tratamiento, se quiso conocer si los hombres y las mujeres de la muestra habían participado de alguno de los 17 siguientes eventos: '1. Abandono de hogar de mi pareja', '2. Tuve continuas discusiones en casa', '3. Mi padre/madre abandonó el domicilio', '4. Cambié de domicilio habitual', '5. Embarazos no deseados en la pareja', '6. Tuve/mi pareja tuvo aborto-s', '7. Viví fuera de mi hogar más de 6 meses', '8. Sufrí abusos', '9. Mi pareja y yo nos casamos', '10. Sufrí agresiones', '11. Tuve relaciones con prostitutas', '12. Me violaron', '13. Me separé/divorcí de mi pareja', '14. Continuas discusiones con pareja', '15. Detenciones policiales', '16. Nacimiento de algún hijo-a', '17. Ejercí la prostitución'.

Así, se vio que el 38,3% de la población participante padeció alguna de estas circunstancias, el 51% de las mujeres y el 28,7% de los hombres, mostrando estas diferencias significación estadística.

Los siguientes eventos ocurrieron con mayor frecuencia durante la etapa activa de consumo de sustancias y con diferencias estadísticamente significativas en los hombres: 'Detenciones policiales', 'Continuas discusiones con mi pareja', 'Abandono de hogar por parte de mi pareja', 'Tuve relaciones con prostitutas' y 'Nacimiento de algún hijo-a'. En las mujeres aparecieron los siguientes eventos: 'Tuve abortos', 'Me violaron' y 'Embarazos no deseados en la pareja'.

Durante ambos periodos, antes y durante la drogodependencia, aparecen con significación estadística los siguientes eventos en los hombres: 'Sufrí agresiones', 'viví fuera de mi hogar más de seis meses' y por parte de las mujeres, 'Ejercí la prostitución' y 'Sufrí abusos'.

El 17,7% de los hombres y el 7,1% de las mujeres han sufrido violencia durante estancias en prisión. Las diferencias estadísticamente significativas se muestran en los hombres, cuando esta violencia proviene del funcionariado.

Durante el ejercicio de la prostitución, con significación estadística en todos los casos, el 13,3% de las mujeres declaran haber sido objeto de violencia frente al 1,6% de los hombres. La violencia provino del cliente y de otras personas.

Cinco hombres declaran haber ejercido violencia contra la persona que se prostituía.

### **Relación entre Violencia padecida y Violencia ejercida**

La proporción de personas que han participado activamente en Violencia es del 55,5% (el 62% de los hombres y el 46,9% de las mujeres) mostrándose diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Con significación estadística por sexo, las mujeres la han ejercido contra personas cercanas, y en concreto contra la madre, mientras que los hombres han maltratado en mayor medida a otros hombres, compañeros-as de trabajo y a otras personas.

Existe relación significativa entre el hecho de haber ejercido violencia y haberla padecido, tanto Declarara como Técnica, y tanto antes como durante la drogodependencia.

### **Presencia de Violencia en la Infancia y Drogodependencia**

La proporción de personas participantes que han presenciado o vivido Violencia en la infancia es del 50,2% (el 52% son mujeres y el 48,8% hombres).

En las mujeres y hombres la experiencia más mencionada alude a las discusiones entre los progenitores.

Las mujeres han sido víctimas pasivas en mayor media del maltrato emocional del padre contra la madre y los hombres de la violencia física del padre contra la madre.

Las mujeres han percibido en mayor proporción que los hombres el maltrato de la madre hacia el padre.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

### **Relación entre Presenciar Violencia en la Infancia y Ejercer violencia**

La relación entre haber presenciado Violencia en la infancia y ejercerla en algún momento de la vida se presenta estadísticamente significativa, destacándose la proporción de personas que sí han presenciado Violencia en la infancia y sí ejercen Violencia en algún momento de la vida.

Por sexos, la relación entre Presenciar Violencia en la infancia y ejercerla no se muestra significativa, aunque en el grupo de hombres se observa diferencias importantes entre ejercer y no ejercer violencia en los que sí han presenciado violencia en la infancia (30,2% frente a 69,8%).

En los hombres no existe relación significativa entre el hecho de haber padecido Violencia Técnica antes de la drogodependencia y ejercer violencia en algún momento de la vida. Aunque sí la hay

cuando se trata de Violencia Declarada. En las mujeres en ambos tipos de Violencia hay relación estadísticamente significativa.

### **Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y violencia padecida**

De las personas que han presenciado Violencia en la Infancia, prácticamente nueve de cada diez (88,6%) declaran haber padecido Violencia Técnica y tres de cada cuatro (75,4%) han padecido Violencia Declarada antes de la drogodependencia.

De igual forma, la Presencia de Violencia en la Infancia influyó significativamente en la Violencia experimentada durante la drogodependencia, tanto la Violencia Técnica (78,1%) como la Declarada (51,8%). La relación entre estas contingencias se presenta estadísticamente significativa.

La relación entre Presencia de Violencia en la infancia y el hecho de padecer violencia Técnica y Declarada antes de la drogodependencia muestra diferencias estadísticamente significativas tanto entre los hombres como entre las mujeres.

La relación entre Presencia de Violencia en la infancia y el hecho de padecer Violencia Técnica durante la drogodependencia no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.

En su modalidad cuantitativa (suma de eventos que hombres y mujeres declaran haber padecido) la Violencia Técnica y Declarada muestra una fuerte relación con haber presenciado Violencia en la infancia, tanto antes como durante la drogodependencia.

La relación entre haber presenciado Violencia en la infancia y el hecho de padecer violencia Técnica antes de la drogodependencia muestra diferencias estadísticamente significativas por sexos, registrándose en las mujeres 9,64 eventos de este tipo de violencia antes de la drogodependencia, frente a 6,71 eventos en los hombres. No aparecen diferencias significativas cuando el Maltrato Técnico aparece durante la drogodependencia.

La relación entre No haber presenciado Violencia en la infancia y haber padecido Maltrato Técnico se relaciona significativamente con padecer Violencia Técnica durante la drogodependencia, pero no antes de la drogodependencia. Esto es, las personas que no han presenciado Violencia en la infancia son más conscientes del maltrato durante la drogodependencia, pero no antes de este periodo.

### **Relación entre Presenciar Violencia en la Infancia y Existencia de familiares con drogodependencia**

El 59% de las personas participantes tienen familiares con problemas con las drogas. Una proporción mayor de mujeres (61,7%) que de hombres (56,9%) señalan estos hechos, mostrándose diferencias estadísticamente no significativas por sexos.

Existe una relación estadísticamente significativa entre Presenciar Violencia en la infancia y la existencia de familiares con problemas de drogodependencia, prácticamente tres de cada cuatro personas (73,7%) de la muestra señalan este hecho. Tanto en los hombres (74,6%) como en las mujeres (72,6%).

## **Relación entre Presencia de Violencia en la infancia con otras formas de Violencia en diversos contextos y con la salud**

Analizando las relaciones entre 'sufrir abusos', 'sufrir agresiones', 'sufrir violación' y 'ejercicio de la prostitución' y Presencia de Violencia en la infancia, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en todas estas circunstancias.

Igualmente existen estas diferencias significativas en los hombres y en las mujeres entre Presencia de Violencia en la infancia y estas variables, menos en los hombres y con respecto al ejercicio de la prostitución.

El único hombre de la muestra que declara haber ejercido la prostitución, presenció violencia en su infancia.

Existe relación entre el hecho de Presencia de Violencia en la infancia y la prevalencia de estas enfermedades. Las diferencias estadísticamente significativas se aprecian en Bulimia, Hepatitis C y Asma. Aparece una relación significativa entre la Presencia de Violencia en la infancia y la Hepatitis C en los hombres y, en las mujeres, con Bulimia, VIH (+) y Asma.

## **Relación entre Presencia de Violencia en la infancia, Tiempo de evolución de la drogodependencia y Número de tratamientos**

Para el 68,7% de la muestra el tratamiento actual no es el primero. No hay diferencias estadísticamente significativas entre este hecho y Presencia de Violencia en la infancia.

Para un porcentaje mayor de mujeres que han presenciado Violencia en la infancia, con respecto a las que no la han presenciado, éste es su primer tratamiento. En los hombres ocurre al contrario, para un porcentaje mayor de ellos que no han presenciado Violencia en la infancia, éste es su primer tratamiento. Esto es, las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia han tenido menos tratamientos y, por tanto, o han recaído menos, o cuando fracasan en los mismos, no los inician de nuevo. Los hombres que han presenciado Violencia en la infancia han sufrido recaídas con más frecuencia. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.

Si se analiza el hecho de Presencia de Violencia en la infancia y la media de tratamientos realizados con anterioridad al actual, se observa que no Presencia de Violencia implica una media de menos tratamientos realizados, mientras que sí Presencia de Violencia señala una media mayor de tratamientos realizados.

Por sexos, los hombres que sí han presenciado Violencia en la infancia presentan una media mayor de tratamientos que los que no la han presenciado.

En las mujeres, por su parte, se observa igualmente una media mayor de tratamientos si se ha dado Presencia de Violencia en la Infancia, a si no la ha habido. Ninguna de estas diferencias resulta estadísticamente significativa.

### **Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y Edad de inicio en el consumo de sustancias**

La edad en el momento del estudio de las personas que han presenciado Violencia en la infancia es menor.

Por sexos, la edad media de las mujeres en el momento de ser encuestadas y que han presenciado Violencia en la infancia es menor que la de las mujeres que no la han presenciado.

La edad de inicio en el consumo de sustancias es menor, en general, entre las personas que han presenciado Violencia en la infancia con respecto a las que no la han presenciado.

En los hombres la edad media en ambas circunstancias es prácticamente la misma, mientras que en las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia, la edad de inicio en el consumo de drogas es menor que aquellas que no la han presenciado.

Con respecto al tiempo total de consumo de sustancias, la edad media en años apenas reporta diferencias. Sin embargo, por sexos, los hombres que sí han presenciado Violencia mantienen una edad media de consumo de sustancias menor que los que no la han presenciado, mientras que en las mujeres es al contrario, las que sí han vivido estos hechos llevan más años consumiendo drogas que las que no los han vivido.

El tiempo medio de consumo de droga que lleva a tratamiento en las personas que han presenciado Violencia en la infancia es superior, tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres esta diferencia es más acusada que en los hombres.

No hay diferencias significativas entre el hecho de Presenciar Violencia en la infancia y no presenciarla para estas variables

### **Relación entre Presenciar Violencia en la infancia y padecimiento de Violencia Declarada por grados**

Teniendo en cuenta la gravedad de la violencia padecida, según un gradiente de suma de eventos sufridos de Violencia Declarada, se observa que más de tres de cada cuatro personas de la muestra han sufrido Violencia Declarada en cualquiera de sus Grados.

Presenciar Violencia en la infancia aumenta el número de personas que sufre Violencia Declarada Grado 2 y Grado 3, apreciándose diferencias estadísticamente significativas en el recuento de ambas variables.

Por sexos, se observa que porcentajes mayores de mujeres que de hombres sufren Violencia Declarada Grado 2 y 3, manteniéndose las diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos para las dos variables.

## Relación entre nivel de autoestima y drogodependencia

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas por sexo en cuanto al nivel de autoestima que hombres y mujeres se han otorgado.

Los hombres se han puntuado mayormente en dos posiciones: en el valor 0 y en posiciones que van del 5 al 10. Las mujeres se puntúan sobre todo en los valores que van del 1 al 4.

Promediando en dos las opciones (puntuación de 0-5 y de 6-10), las mujeres se 'suspenden' en su autoestima (el 54,1% ha puntuado de 0 a 5) y los hombres se 'aprueban' (el 64,3% valoran su autoestima en 6 o más).

Las personas que han padecido Violencia Técnica, el nivel medio de autoestima es más bajo (5,08 de puntuación media), mientras que si no se ha padecido, éste es mayor (6,49 de puntuación media), existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Por sexos, el efecto sobre la autoestima del padecimiento de Violencia Técnica es más acusado en las mujeres. Las que han padecido este tipo de violencia se suspenden (4,73 de puntuación media), mientras que las que no la han padecido se aprueban (6,3 de media). Los hombres que sí han padecido Violencia Técnica en la infancia muestran un 5,36 de media frente al 6,55 que no la han presenciado. Existen diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos para estas variables.

Las personas que han puntuado una autoestima de 5 o menos han señalado más eventos de media de Violencia Técnica antes de la drogodependencia, mientras que las personas que se han puntuado con 6 o más en el nivel de autoestima, han marcado menos eventos de Violencia. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Teniendo en cuenta el sexo de los participantes y en cuanto al nivel de autoestima puntuado, en las mujeres el efecto de la Violencia Técnica padecida antes de la drogodependencia es mayor que en los hombres. Las mujeres que se suspenden en autoestima señalan más eventos de Violencia Técnica. Las que se puntúan 6 o más en autoestima, han sufrido menos de estas experiencias. Las diferencias son estadísticamente significativas en el caso de las mujeres.

Por último, se cruzó la variable Presencia o no de Violencia en la infancia con Nivel de autoestima puntuado. En la población muestral total no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre ambas contingencias.

Los hombres puntúan en su autoestima más alto (5,92 de puntuación media) si han presenciado Violencia en la infancia que si no la han presenciado (5,54). Las mujeres puntúan su autoestima más baja (4,56 de media) si han presenciado Violencia en la infancia frente a las que no la han presenciado (5,67), presentándose diferencias estadísticamente significativas.

El 60,8% de las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia, se puntúan en autoestima 5 o menos, mientras que en los hombres en similares circunstancias representan el 34,9%. Las mujeres que se puntúan con 6 o más en la autoestima habiendo sufrido violencia en la infancia son el 39,2%, mientras que en los hombres supone el 65,1%.

De igual forma, la no Presencia de Violencia en la Infancia mantiene un nivel en general más equilibrado entre las mujeres. En los hombres que no ha sufrido estas circunstancias la autoestima 'aprobada' se encuentra más fortalecida.

### **Variables que explican y predicen el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia**

La población drogodependiente en tratamiento que ha padecido violencia en la infancia muestra una asociación significativa con el hecho de tener familiares con problemas de drogodependencia, mostrar un bajo nivel de autoestima actual y con iniciar el consumo de drogas a una edad más temprana que la personas drogodependientes en tratamiento que no han padecido violencia en la infancia. Los modelos de ajuste son mucho mejores a la hora de predecir el valor 'Sí' de la variable dependiente que el valor 'No'.

La población drogodependiente en tratamiento participante en el estudio que tiene familiares con problemas de drogodependencia muestra una probabilidad más alta de padecer violencia antes de la drogodependencia que la que no tiene familiares con este problema.

La población muestral con nivel de autoestima más bajo, muestra más probabilidad de haber padecido violencia antes de la drogodependencia que la que se ha puntuado más alto.

La población femenina de la muestra que comienza a consumir antes de los 15 años muestra más probabilidad de padecer violencia antes de la drogodependencia que la que comienza a consumir después de esa edad.

Por tanto, la existencia de familiares con problemas por el consumo de drogas, al igual que el bajo nivel de autoestima actual son variables predictoras de sufrir violencia antes de la drogodependencia tanto en hombres como en mujeres. El inicio en el consumo, antes de los 15 años, lo es en las mujeres.

## CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación surge prioritariamente desde un enfoque demostrativo de las diferencias existentes de las variables implicadas en la drogodependencia de hombres y mujeres en tratamiento por rehabilitación, el cual pretende mostrar y señalar que la existencia de situaciones de violencia y maltrato son cuestiones prioritarias y fundamentales en el abordaje terapéutico para la realización de un tratamiento eficaz, tanto en hombres como en mujeres.

Además, estas situaciones de violencia y maltrato son, como se demostrará a continuación, más numerosas y graves para las mujeres, por lo que resultan prioritarias en la clínica de las mujeres drogodependientes.

Tomando como referencia una muestra de 227 hombres y mujeres en tratamiento por rehabilitación residentes en varias comunidades autónomas, este estudio considera cuatro aspectos principales:

1. Con metodología cualitativa, un análisis exploratorio de los significados de los consumos de drogas, respuesta al tratamiento y su relación con la violencia padecida y ejercida, la existencia o no de experiencias de violencia en la población de estudio y el análisis de la autoestima
2. Con metodología cuantitativa éste y los dos siguientes, un análisis descriptivo de la muestra en cuanto a las características sociodemográficas, el consumo de sustancias, la relación de pareja, la familia de origen y su relación con las drogas y de las experiencias de violencia vividas antes y durante la drogodependencia y durante el-los tratamientos realizados, la participación en violencia y el nivel de autoestima que muestran los hombres y las mujeres participantes
3. Un análisis relacional de la variable 'Presencia de violencia en la infancia' y su posible repercusión en las experiencias de violencia padecidas y ejercidas, la gravedad de la drogodependencia y la autoestima. Se ha analizado si la 'Presencia de violencia en la infancia' puede ser un factor de riesgo, concurrente y de pronóstico para el padecimiento de situaciones violencia posteriormente, para el agravamiento de la drogodependencia y se ha analizado el efecto sobre la salud física y el nivel de autoestima de las personas drogodependientes. Todas las variables se analizarán en función del sexo. Se muestra a continuación el primero de los estudios
4. Un análisis explicativo del padecimiento de violencia antes del desarrollo de la drogodependencia en la población con adicción a sustancias. Evidenciar qué variables explican el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

### **7.1. Significados de los consumos de drogas, respuesta al tratamiento y su relación con la violencia padecida y ejercida en hombres y mujeres adictas a sustancias. Un estudio cualitativo**

El primer estudio exploratorio, de metodología cualitativa, se ha centrado en explorar e indagar en el origen y las circunstancias de las situaciones de violencia vividas en población drogodependiente y analizar y valorar las diferencias por sexos, con el objetivo de conocer mejor esta realidad, dura y difícil para las personas que la experimentan y complicada para las y los profesionales que deben manejarla.

Los objetivos de esta parte han sido aclarar e interpretar qué tipo y grado de violencia o maltrato ha experimentado esta población, conocer qué peso tienen estas experiencias en la drogodependencia, descubrir si estas vivencias tienen relación con el inicio en el consumo de sustancias, si las razones por las que hombres y mujeres iniciaron el tratamiento guardan relación con la violencia vivida, así como qué tipo de sentimientos se relacionaron con el consumo de sustancias.

La **primera dimensión** de estudio indagaba las **razones o motivaciones en los hombres y mujeres para el inicio en el consumo de drogas**.

En los hombres, en primer lugar, una 'Suma de experiencias, emociones, sentimientos, hechos y circunstancias'. Se suman deseos de conocer los efectos de las sustancias con estados de ánimo negativos (*la incomunicación con la familia, la evasión de los problemas y el deseo de experimentar*); la búsqueda de determinados efectos de las sustancias junto a sentimientos negativos (*superada una anorexia, por aburrimiento, estrés, cansancio, problemas afectivos, diversión*); la presencia cercana y familiar de las sustancias y sus consecuencias (*la veía en casa, las malas compañías. Presión, discusiones con exparejas, timidez, delincuencia, traficaba, porque lo probé y me gustó, por sentirme alguien*). En segundo lugar lo ocupan 'Experiencias traumáticas o accidentes, duelos no resueltos, separaciones, pérdida del trabajo'. En tercer lugar 'Problemas personales, falta de comunicación, soledad, timidez, para demostrar que se puede con todo'. En cuarto 'Placer, fiesta, diversión'. En quinta posición 'Presión social, dejarse llevar, las compañías; falta de información. En la sexta 'Reflexiones sobre el proceso del propio consumo de drogas' y en última posición 'El uso de la droga como medicación'.

En las mujeres en primera posición está 'Soledad, timidez, falta de comunicación, fobias'. En segunda 'Presión social de entorno, el dejarse llevar, la falta de juicio propio y la falta de información'. En tercer lugar, 'Duelos no resueltos, separaciones de parejas'. En cuarta posición 'Problemas con la pareja, infidelidades, problemas familiares y la imposibilidad de abordarlos'. En quinta, una 'Suma de problemas: falta de sentido a la vida, problemas laborales, falta de autoestima'. En sexto lugar 'Placer por los efectos, sentirse bien, búsqueda de la personalidad ideal'. En séptima posición 'Miedos, inseguridades, depresión, no querer sentir, no tener motivaciones'. En octava 'Evasión de los problemas, desconectar, escapar de la realidad'. En novena 'La importancia de la imagen: obesidad, evitar estados de bulimia o anorexia'. En décima 'Como automedicación'. En la undécima 'Maltrato o violencia por parte de la familia y/o pareja'. En duodécima posición 'Violación'. Por último, razones que muestran los efectos de una trayectoria personal del consumo de las drogas.

La razón específicamente señalada por los hombres para iniciarse en el consumo de drogas y que no aparece entre las mujeres, es el 'Deseo de explorar, conocer, curiosidad por los efectos' de las sustancias. En ningún caso los hombres han señalado haber experimentado malos tratos o violencia como causas de inicio de drogas. Parece pues que conseguir dominio y control personales a través de acometer y de lograr; la fuerza de la acción dirigida hacia metas externas; explorar y conquistar el entorno y mantener una relación personal y directa con el mismo; autoafirmarse en este conocimiento retando en ocasiones lo establecido pueden considerarse cualidades y valores masculinos, determinados de una forma importante por lo social, cultural y educacional (Cavallé, 2007; Aranda, Montes y Castillo, 2015). Esta transmisión cultural difícilmente cuestionable y generalmente inconsciente, obliga a los hombres a *deber definirse así*.

Entre las razones exclusivas de las mujeres para consumir drogas y que no aparecen entre los hombres, es haber experimentado 'Maltrato o violencia por parte de la familia, pareja'; 'Violación', 'La importancia de la imagen: obesidad, evitar estados de bulimia o anorexia'.

Por tanto, son las mujeres las que muestran respuestas relacionadas con experiencias de violencia, maltrato y violación como razones para el inicio en el consumo de sustancias y señalan que estas experiencias anteceden al inicio del consumo. Estos datos son consistentes con otros estudios (Lev-Wiesel y Shuval, 2006; Ortíz y Clavero, 2014).

Por otra parte, también señalan problemas familiares y de pareja, inseguridad y depresión y también relacionan el inicio en el consumo con problemas con la propia imagen, obesidad y trastornos de la alimentación (Marín, 2011; Lindsay et al., 2012; Courbasson et al., 2012).

Se señalaba anteriormente que las mujeres han ofrecido, en número, menos testimonios, tal vez porque no identifican claramente las razones del inicio en el consumo o porque no han podido ser conscientes de ellas. Sin embargo, en las respuestas ofrecen un abanico más amplio de causas, por lo que se podría interpretar que existen más factores de riesgo para ellas aunque éstos no serían detectados, por tanto, no nombrados como tales y, como consecuencia, no abordados en los tratamientos.

La **segunda dimensión** buscaba esclarecer **las razones o motivaciones para iniciar un tratamiento y expectativas hacia el mismo** y su relación con la violencia vivida.

En los hombres las razones para iniciar un tratamiento en orden al número de aportaciones fueron: 'Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda', 'Deseos de mejora personal: recuperar salud', 'Economía, la propia vida', 'Por el reto personal o ante otros de mantener la abstinencia', 'Necesidad de cambio, hacer una vida normal', 'Por sentimientos y pensamientos negativos', 'Por presiones externas: razones judiciales, familiares'.

Las de las mujeres : 'Recuperación o deseo de ejercer el rol maternal', 'Deseos de mejora personal: recuperar salud, economía, la propia vida', 'Tocar fondo y la necesidad de pedir ayuda', 'Necesidad de cambio, hacer una 'vida normal', 'Por presiones externas: razones judiciales, laborales', 'Diversas circunstancias confluyen en la motivación para iniciar el tratamiento actual', 'Por el reto personal o ante otros de mantener la abstinencia', 'Por sentimientos y pensamientos negativos', 'La pareja está en prisión o en tratamiento'.

De los modelos explicativos para los cambios cognitivo-conductuales, entre los cuales se encuentran las drogodependencias, el modelo de Prochaska y DiClemente (1983), llamado Modelo Transteórico del Cambio ofrece un marco teórico-práctico de entendimiento de las fases por las que atraviesan las personas inmersas en dichos cambios: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y posible recaída. Dichas fases son etapas con un sentido ascendente por las que transcurre la ambivalencia mental y comportamental que supone abandonar una conducta que ha acompañado durante mucho tiempo y que ha implicado todos los aspectos de la vida de una persona.

A la hora de iniciar un tratamiento, desde un punto de vista terapéutico efectivo es importante detectar en qué fase de las nombradas anteriormente se sitúa el-la usuario-a, con el objetivo de valorar qué tipo de estrategias, en función de la fase en la que encuentre, son las más idóneas en ese momento. Así, para poder realizar un proceso de cambio personal se requiere el paso y superación de una serie de etapas. Las razones que en general se ofrecen del por qué se inicia un tratamiento es información relevante y ayuda al personal terapéutico a situar en una etapa u otra a las personas interesadas, en principio, en el cambio de sus comportamientos.

En las mujeres, el miedo a la pérdida de los hijos-as, la exigencia percibida de realizar un tratamiento por ellos-as o cuando sus parejas no están, son razones que implican no legitimar un deseo propio, ya que en este caso son una identificación sobreexigida con los roles impuestos. Pedir ayuda bajo estas premisas cuando *son* y *deben ser* las mujeres precisamente las cuidadoras, según sus mandatos sociales, es decir, asumir ellas esta necesidad de ayuda, les supone aceptar un nuevo fracaso. En los otros casos y sin esta exigencia impuesta, el motivo del inicio del tratamiento fue para ellas el deseo de una recuperación y reparación vital.

Desde este punto de vista, iniciar un tratamiento por razones o causas que no son totalmente propias sino impuestas desde el rol social, en ocasiones es causa de fracaso en el intento. La motivación para mantener un proyecto a largo plazo debe ser intrínseca y sigue un orden según una jerarquización en el cumplimiento o satisfacción mínima de nuestras necesidades biológicas-fisiológicas, de seguridad, de pertenencia-amor, estima-fuerza-prestigio y autorrealización (Maslow, 1943; Marina, 1997). ¿Hasta qué punto la identificación por parte de las mujeres con unos roles impuestos puede sostenerse en una necesidad básica sin cubrir?.

En cuanto a las razones para iniciar un tratamiento y las expectativas del mismo y su relación con las experiencias de violencia vividas, ni hombres ni mujeres han respondido atribuciones en este sentido.

Para los hombres que la padecen, tras una drogodependencia, generalmente existe una larga etapa de búsqueda de equilibrio entre las exigencias internas (lo que se puede y sabe hacer) y las externas (lo que se debe hacer) demandadas por la realidad exterior en los diversos roles desempeñados: familiares, laborales, etc. Responder a esas exigencias externas significaría saber cómo poder hacerlo de manera efectiva pero sin el velo o la muleta de las sustancias. Así, aprender a responder a los roles de género impuestos socialmente con las herramientas propias es el deseo con vistas al tratamiento de la mayoría de los hombres participantes.

Las mujeres por su parte han seleccionado en primer lugar las cuestiones relacionales, familiares y con los hijos-as. Los roles de género impuestos para ellas son los relacionados con su papel como parejas de sus parejas, madres, hijas. Es decir, para ellas es importante recuperar una identidad propia mediante la búsqueda de los límites que cada rol dibuja y del balance de costes y ganancias que cada rol social impuesto ofrece e impone.

En segundo y tercer lugar, 'Aumentar el conocimiento personal para ganar en confianza y seguridad' y 'Potenciar cuestiones personales (autoestima, autocontrol, autonomía, etc)', ambas cuestiones tienen relación con lo que ellas, quizá en el contexto de tratamiento, han descubierto que les es necesario conseguir o fortalecer.

En este caso, lo que esperan ellas del tratamiento es aprender a mejorar y desempeñar los roles sociales impuestos, y que parece anteponerse a los que, dicho sea de paso, no pueden ir en otro lugar que no sea el primero. Esto es, la búsqueda de saber quién se es, dónde se está, de qué recursos se dispone y cuántos están disponibles. En definitiva, qué es lo que se necesita para sobrevivir. A partir de este descubrimiento, el cual es personal e intransferible, es cuando se podría realizar, ampliar y mejorar los otros requerimientos externos. Existe, por este motivo, la necesidad de descubrir y desvelar desde los tratamientos, prioritaria e ineludiblemente, un trabajo para la gestión de las prioridades personales.

Con respecto a las causas de abandono de los tratamientos anteriores, en los hombres están presentes las demandas laborales y cuestiones sobre los saltos de norma fundamentales, como

agresiones al staff o a compañeros-as. Podríamos decir que en este punto, en los hombres es necesario desmitificar la identificación con los roles que les demandan un ejercicio de funcionamiento autónomo e independiente por medio del contexto laboral y que puedan aceptar que su realidad es la necesidad de la mejora personal antes que una independencia económica. De igual forma ayudar a desmitificar y condenar el uso de la violencia para conseguir sus objetivos y que este uso, en determinados contextos como en el marco de un tratamiento o en las relaciones personales, únicamente subraya una debilidad, a fortalecer ineludiblemente por otras vías.

En las mujeres se nombran las expulsiones, el empeoramiento en el centro, el fallo de apoyos externos, la cobardía, es decir, determinados hechos y sentimientos pero sin especificar el por qué, o el para qué, esto es, la verdadera causa o razón 'profunda' de ello. Detrás de estas razones de abandono que señalan las mujeres pensamos que existe un fracaso del sistema terapéutico, bien por no responder a sus demandas de atención subjetivas (*'empeoré y pensé que necesitaba ingresar en una comunidad terapéutica'*, *'me dijeron que dejara la relación de pareja porque era consumidora y decidí dejar el programa'*, *'fallaron los apoyos externos'*, *'por cobardía para enfrentarme al día a día'*).

La **tercera dimensión** pretendía **conocer y cuantificar las experiencias de violencia experimentadas**, tanto las vividas **antes y durante la drogadicción**, como las que se pudieron manifestar **durante el tratamiento**.

Ambos sexos señalan haber padecido estas experiencias **antes de la drogodependencia** y de todos los tipos (psicológico, económico, estructural, sexual, físico, espiritual o moral). Más mujeres que hombres declaran haberlas sufrido y las aportaciones que las mujeres realizan a la hora de detallar o describirlas son también mayores en ellas.

**Durante la drogodependencia**, ambos sexos declaran haber vivido maltrato psicológico, físico, y económico-estructural. Los hombres no han experimentado durante este periodo maltrato sexual y las mujeres tampoco el maltrato espiritual o moral. Al igual que en la violencia padecida antes de la drogodependencia, son más mujeres que hombres las que han señalado su existencia y son más numerosas también sus aportaciones que las de los hombres. La violencia en contextos de consumo aparece sólo entre las narraciones de las mujeres.

Las experiencias aportadas por las mujeres además de ser más numerosas muestran hechos de más gravedad.

Con respecto al maltrato **durante el-los tratamientos** son más los hombres que las mujeres quienes señalan haberlo padecido. Con respecto al contexto, los hombres muestran más aportaciones de violencia sufrida en los propios tratamientos que las mujeres. Las mujeres, por su parte, señalan percibir maltrato por alguien cercano.

En este sentido, realizar un tratamiento de rehabilitación supone aprender a aceptar nuevos límites internos y externos y, por tanto, aprender a obedecer para lograr responsabilizarse de sí mismo.

En general, para los hombres el tratamiento implica encontrarse o reencontrarse con los límites personales, cuando normalmente ha sido el exterior (autoridad policial o jurídica) quien finalmente los ha establecido. El hecho de aceptar los límites personales choca frontalmente con la autoestima y el autoconcepto propios, hasta ahora forjados y afianzados por el mandato del sistema patriarcal en una sola dirección.

En los relatos que los hombres ofrecen sobre los límites impuestos por el tratamiento<sup>33</sup> suponen experiencias de maltrato o violencia. Se observa que éstos no pudieron, o que no se les permitió comprender y entender desde los tratamientos, la necesidad de confiar en lo que les rodeaba en ese momento, como primer paso para ampliar los límites propios de cara a una responsabilización de sus vidas en sentido amplio desde la autonomía e interdependencia personales.

Por otra parte, los hombres sitúan las experiencias de violencia en los tratamientos dentro del marco del propio servicio, en concreto, respondiendo a decisiones del staff o de los-as terapeutas y dentro del marco de la intervención.

Las mujeres aluden al padecimiento de violencia psicológica o estructural y detallan experiencias más graves que los hombres. Además de violencia psicológica, existe más violencia física, estructural y sexual. También señalan recriminaciones al desempeño del rol maternal. Por parte de personas cercanas las vivencias de maltrato son más numerosas que las que se apuntan provenientes de los tratamientos. En este sentido, se ha hablado en el marco teórico del enorme peso en la construcción de la identidad de las mujeres del desempeño de los roles socialmente impuestos. Durante el tiempo de tratamiento de estas mujeres, sus parejas las maltrataron física, psicológica, estructural y sexualmente, además de infringir daño a los-as hijos-as. Durante esta etapa, un tratamiento, que se concibe para cerrar cuestiones abiertas con el pasado, descubrir nuevas potencialidades y aprender a conseguir una autonomía interdependiente, si durante este periodo, el entorno más cercano ejerce (sigue ejerciendo) a estas mujeres maltrato, resulta extremadamente difícil poder pensar que estas mujeres puedan dejar de consumir, puesto que el consumo hace más transitable todo este sufrimiento.

La **cuarta dimensión** de estudio intentaba conocer **los sentimientos asociados a la etapa de consumo** y la posible relación con experiencias de violencia vividas.

Los cinco primeros sentimientos asociados al consumo de drogas que eligen los hombres son: tristeza, fracaso, culpa, libertad y aburrimiento. Los de las mujeres: tristeza, culpa, vergüenza, miedo y fracaso.

La tristeza aparece como primera opción elegida tanto por hombres como por mujeres. Como emoción básica humana, a diferencia de otras emociones, anuncia una pérdida de nuestros deseos o proyectos y provoca un sentimiento negativo, acompañado de pasividad y deseo de aislarse. Es aflicción, melancolía, pena, soledad y en caso extremo, depresión grave. Tanto los hombres como las mujeres han señalado la tristeza como sentimiento relacionado con el consumo. Es posible que aunque el cuestionario pregunta por sentimientos relacionados con la etapa del consumo de drogas, sea ahora, en fase de tratamiento cuando deba y pueda ser expresada y sentida.

La segunda opción escogida por los hombres tras la tristeza es el sentimiento de fracaso, definido como sentimiento negativo que surge de la percepción de no conseguir el resultado esperado de algo que se ha emprendido o que se desea y tras verificar que ciertos proyectos o deseos personales no se van a cumplir. En las mujeres el sentimiento de fracaso está en quinto lugar.

El tercer sentimiento mayoritariamente elegido entre los hombres en relación al consumo de drogas es la culpa, definida como sentimiento negativo de pesar y malestar por el recuerdo de haber producido un daño o una mala acción.

---

<sup>33</sup> Límites entendidos como mecanismo psíquico de aprendizaje para después poder encontrar los propios.

El cuarto lugar, los hombres señalan el sentimiento de libertad. El consumo de drogas ha posibilitado sentir libertad, quizá entendida como sentimiento de autoafirmación frente a presiones laborales, familiares y/o personales.

El quinto puesto en número de elecciones es el aburrimiento, entendido como sentimiento negativo producido por la falta de estímulos agradables o por la experiencia de algo molesto, sin interés o repetitivo.

Tras la tristeza, el segundo sentimiento seleccionado por las mujeres es la culpa, ya definida anteriormente. La culpa proviene de infringir la norma, y deriva en estigma, sojuzgamiento, y tiene relación con la mirada del otro.

El tercer sentimiento elegido para las mujeres es la vergüenza, definida como sentimiento negativo de huida por el hecho o la posibilidad de que otros sepan de una falta, carencia o de una mala acción realizada que se desea ocultar. Remordimiento, humillación, aflicción, desazón, pesar.

En cuarto lugar para las mujeres lo ocupa el sentimiento de miedo, que es un sentimiento igualmente negativo con deseos de huida ante la percepción de un peligro o adelanto de un mal. Ansiedad, temor, preocupación, inquietud, incertidumbre, angustia, en casos graves, fobia y pánico. El miedo nos anuncia de un peligro, luego es fundamentalmente útil para la supervivencia personal.

Los sentimientos de autodesprecio (en 9º lugar) e inferioridad (en el 12º) aparecen en las mujeres y no en los hombres. Según Marina (1999) hay cuatro evaluaciones negativas de uno mismo: inferioridad, autodesprecio, culpa y vergüenza. Las dos primeras son proyecciones internas negativas de imágenes ofrecidas por las personas de referencia y/o otras personas durante un tiempo prolongado. Las mujeres drogodependientes en tratamiento han recogido estas imágenes y han reconocido como propios estos sentimientos durante su tiempo de consumo.

Los hombres señalan entre los quince primeros tres sentimientos positivos: libertad, seguridad y felicidad en relación al consumo de drogas. En las mujeres aparece el primer sentimiento positivo en décimo tercer lugar: el sentimiento de libertad. Es destacable el hecho de que sea la libertad el único sentimiento positivo recogido por las mujeres. Poner la conciencia en 'stand by' o dormida mediante el consumo de sustancias es visto y apreciado como un acto de libertad y autonomía personal. Definición que posteriormente cobra su factura en una espiral de autodesprecio e inferioridad, esta vez, propias.

## **7.2. Relaciones entre la adicción a sustancias y la violencia padecida y la violencia ejercida en hombres y mujeres drogodependientes. Un estudio cuantitativo**

Se muestran las principales conclusiones del análisis relacional, descriptivo y explicativo mediante las hipótesis planteadas al respecto.

**Hipótesis 1:** Decía que los hombres y mujeres de la muestra presentan diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas y contextuales, pudiendo observarse un perfil de características y circunstancias diferencial entre ambos sexos respecto al fenómeno de la drogodependencia.

Los perfiles dibujados de las personas que acceden a tratamientos así como las consecuencias del desarrollo de una drogodependencia son distintos para ambos sexos, aunque en algunas variables se aportan datos con características comunes.

Las mujeres de la muestra tienen más edad que los hombres cuando asisten al tratamiento. Unido a esto, están representadas más mujeres menores de 30 años y mayores de 50 que de hombres en estas franjas de edad.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres tienen hijos y/o hijas, y más mujeres que hombres tienen descendencia. Este hecho podría confirmar que entre estas edades, de los 30 a los 50, están inmersas no sólo en su cuidado sino también en otros trabajos de cuidado y exigencias domésticas de sus propias familias y de las de sus familias de origen. No sólo, por esta razón, dejan de atender esta necesidad de curación y autocuidado hacia sí mismas, sino que posiblemente también las mujeres que tengan desarrollada una drogodependencia y no acudan a tratamiento, sufran las consecuencias de no poder desarrollar estas obligaciones como el rol impone. ¿Cómo abrir posibilidades de actuación ante ambas circunstancias?

Los estudios (Brady y Ashley, 2005; Castaños et al., 2007; Martínez, 2008; Pantoja, 2007) han señalado que las exigencias familiares constituyen una de las barreras que retrasan o impiden el acceso a las mujeres a los tratamientos que necesitan.

Con respecto al estado civil, si bien en ambos sexos prevalece la soltería, las mujeres están o han estado vinculadas a parejas en mayor proporción que los hombres (casadas, parejas de hecho, divorciadas y viudas). Este hecho es también confirmado por los estudios (GENACIS, 2004; Sánchez, Bolaños, De Vicente, 2010).

Con respecto a la convivencia, los hombres permanecen con la familia de origen en mayor proporción que las mujeres, que viven en-con una familia nueva. También más hombres que mujeres conviven con otras personas en recursos públicos o subvencionados por la administración pública. Esta podría ser otra muestra de un desigual acceso por razón de sexo, a los recursos que se ofrecen desde los servicios públicos. Cuestiones de género estarían en la base de esta desventaja social para las mujeres, la existencia y necesidad del cuidado de los hijos e hijas, de los padres y/o madres o parejas y la inexistencia de servicios adaptados a estas necesidades específicas de ellas.

Seis de cada diez mujeres son madres y cuatro de cada diez hombres participantes son padres. Ellas tienen, asimismo, más número de hijos-as que ellos, guardando ambas circunstancias diferencias estadísticamente significativas por sexos. Las mujeres tienen hijos-as de más edad que los hombres, independientemente del lugar que ocupen: primogénito-a, segundo-a, tercero-a y/o cuarto-a.

Las mujeres podrían acceder a los tratamientos cuando sus hijos-as pudieran valerse por sí mismos-as, por el miedo a perderlos-as (Altell, 2011) y por el menor apoyo familiar y social presente para ellas (ONU, 2005), lo que quizá se traduzca, por una parte, en un retraso a la respuesta de la demanda en el cuidado de sus verdaderas necesidades y, en otro orden de consecuencias, en una incapacidad para responder a todas las cuestiones que surgen de la crianza de sus hijos-as y/o a las que éstos-as reclaman, por su parte, para sus cuidados.

Los hombres y mujeres mayoritariamente están parados sin subsidio de desempleo. Los hombres que mantienen una actividad laboral, disponen de una cobertura económica por la situación de baja

laboral, y aunque hay más población masculina que trabaja, ellas se encuentran en mayor precariedad al no disponer de este derecho social.

En general, son más los hombres que las mujeres quienes disponen de ingresos propios. En los casos en que ambos sexos cuentan con ingresos, la cuantía de los mismos es superior entre los varones. Estos datos confirman lo evidenciado por otros estudios (Castillo-Aguilella et al., 2003; ASECEDI, Altell, 2011; ONU, 2005; Sánchez, Bolaños, De Vicente, 2010; Pantoja, 2007; Grella, 2008). Esta puede ser una situación extrapolable, por otra parte, a los otros, todos, los contextos económicos, políticos y sociales, en los que dicho sea de paso, la desigualdad en la disponibilidad de los recursos para ambos sexos no deja de aumentar.

Paradójicamente a esta precariedad económica, las mujeres han alcanzado un nivel educativo mayor que los hombres (Arostegui y Urbano, 2004; PNSD, 2015), lo que implica barreras y dificultades personales, familiares y/o sociales para desplegar los recursos educativos y formativos adquiridos en y por la mejora de sus vidas.

Con relación a las características de los consumos de drogas, en los hombres, la edad de inicio en el consumo de sustancias se produce a una edad media de 16,34 años y la de la droga que lleva a tratamiento a los 20,40. En las mujeres, la edad media de inicio en el consumo de sustancias es 19,63 y la de la sustancia que lleva a tratamiento los 22,48 años.

Las drogas más problemáticas para los hombres son la cocaína, el alcohol y el tabaco, consumen sobre todo drogas estimulantes e ilegales. Las drogas más consumidas por las mujeres de la muestra son el alcohol, el tabaco y la cocaína. Ambos sexos consumen mayormente a diario. Estos datos confirman lo avalado por estudios anteriores (Gómez, 2006; Romo y Gil, 2006; Romo, 2007).

Con respecto a los efectos de las sustancias sobre el SNC y sobre la legalidad o ilegalidad del consumo de las mismas, hombres y mujeres mantienen una forma diferente de responder a la ansiedad, depresión, angustia, a los problemas vitales. La droga cuyo consumo genera más problemas a los hombres, la cocaína, es una droga ilegal, por tanto, de difícil acceso y que induce física y psicológicamente para actuar y responder. En las mujeres, sin embargo, es el alcohol, una droga de acceso fácil, la cual adormece los sentimientos y funciona como anestésico.

Unido a esto, las mujeres relacionaron en sexto lugar a la ira y la rabia como un sentimiento asociado a la etapa de consumo. La ira es un 'sentimiento de aversión hacia una persona o cosa' (Marina y López, 1999, p. 204), y se siente cuando consideramos que algo es injusto, para defender nuestros valores o esquemas. Son muchas las razones que nos hacen sentirla, sobre todo en situaciones de desventaja, desamparo, sobreexigencia, en situaciones de violencia y/o maltrato. Las mujeres han encontrado en el consumo de alcohol, junto a los de hipnosedantes, tranquilizantes e hipnóticos aunque éstos con menos problemática asociada y por tanto con menos mujeres en tratamiento por su consumo, una salida funcionalmente válida a estos padecimientos. La expresión del sentimiento de ira está reconocido y avalado en los hombres, pero en las mujeres está cultural y educativamente negado y recriminado cuando se expresa. Las mujeres diluyen en alcohol y tranquilizantes este sentimiento.

Los hombres y las mujeres señalan familiares con problemas de drogodependencia. Numerosos estudios evidencian el historial de abuso y drogodependencia en miembros familiares de personas con adicción (Castaño, 2009; Amor et al, 2010; Arostegui y Urbano, 2004; Echeburúa, Fernández y Montalvo, 2009).

Los hombres señalan familiares con problemas de drogodependencia. Los padres tienen en mayor medida problemas con el alcohol y el tabaco, las madres igualmente con el alcohol y el tabaco, los hermanos con el tabaco, el cannabis y el alcohol, la pareja con el tabaco, alcohol y cannabis y otras personas cercanas tienen problemas con el alcohol.

Las mujeres, por su parte, también declaran familiares cercanos con problemas de drogodependencia. Los padres tienen problemas con el alcohol y el tabaco, las madres con el tabaco y alcohol, los hermanos con el tabaco, alcohol y cannabis, la pareja con tabaco, alcohol y opiáceos, los-as hijos-as con tabaco, alcohol y cannabis, y otros familiares no nombrados con alcohol, tabaco y opiáceos.

En las mujeres los porcentajes de padres, madres, hermanos-as y parejas con problemas por consumo de alcohol y tabaco son más altos que en los hombres. Por tanto, más mujeres drogodependientes que hombres drogodependientes provienen de familias con este problema.

Los porcentajes de hermanos-as consumidores de opiáceos y cánnabis son mayores entre los hombres que los de las mujeres.

Los hombres mayoritariamente no tienen pareja, los que sí tienen, ésta les apoya en el tratamiento. Sus parejas no tienen relación con las drogas y definen su relación de pareja con 'alguna tensión' y con 'alguna dificultad'. No han tenido relaciones de pareja distinta a la actual en el último año y los que sí la han mantenido ha sido con dos nuevas parejas. Algunas de sus parejas anteriores han tenido problemas con las drogas y otras no.

La mayoría de las mujeres tenían pareja y llevan con ella más de diez años, y según sugieren, ésta les apoya en el tratamiento. Sus parejas, dicen, no tienen relación con las drogas y describen su relación con 'alguna tensión' y resuelven las tensiones 'sin dificultad'. No han tenido relación de pareja al margen de la actual y las mujeres que sí la han tenido, se han relacionado con dos nuevas parejas. Algunas de sus parejas anteriores han mantenido relaciones con las drogas y otras no.

Los hombres perciben que reciben más apoyo por parte de sus parejas que lo que perciben las mujeres por parte de las suyas.

A la luz de los datos obtenidos con relación a este punto, las mujeres responden mayoritariamente que las relaciones con sus parejas se resuelven sin dificultad. Quizá en una situación de desventaja económica y con la existencia de hijos-as haya poco margen para una negociación abierta de los conflictos y de los acuerdos, por lo que esta respuesta es posible que se ofrezca desde la indefensión aprendida, mecanismo psicológico que aparece en estados de depresión y/o maltrato. Por otra parte, se verá posteriormente en el análisis de la violencia técnica y de la Violencia Declarada padecida por los-as participantes, cómo existen experiencias de violencia ejercida por parte de las parejas.

Para los hombres no es su primer tratamiento, han tenido cuatro o más anteriormente. Para las mujeres tampoco es el primero, con anterioridad hubo un tratamiento más. En el actual, los hombres llevan de uno a siete meses, las mujeres entre uno y tres. Así pues, los hombres han realizado más tratamientos que las mujeres y éstos han sido de mayor duración que los de ellas.

Ambos sexos han asistido mayoritariamente a Comunidad Terapéutica durante el último tratamiento, presentándose diferencias estadísticamente significativas por sexo a favor de los hombres.

La modalidad de asistencia a tratamientos anteriores también presenta diferencias significativas. Los hombres acuden a programas metadona y otros (programas en prisión, pisos acogida, etc.) y las mujeres a asociaciones de alcohólicos.

Ambos sexos pusieron fin a los tratamientos anteriores porque finalizaron. Entre las dificultades en los hombres para asistir al tratamiento que realizaban en el momento de la pasación del cuestionario están 'Las obligaciones laborales', y entre las mujeres 'El cuidado de mis hijos-as'.

Para ambos sexos finalizar el tratamiento es una experiencia que les ayudará 'mucho' en la vida y la mayoría dispone de alguien de confianza cuando tiene problemas.

Entre las razones por las cuales se puso fin a tratamientos realizados anteriormente se presentan diferencias estadísticamente significativas a favor de los hombres en la respuesta 'Pensaba que no me ayudaban'.

Posteriormente a la realización y pasación del cuestionario se consideró necesario contemplar ampliar las opciones de respuesta especificando por sexos algunas cuestiones que se plantean unívocamente a cada uno. A excepción de esta razón 'Pensaba que no me ayudaban', mayoritariamente ofrecida por los hombres, no existen diferencias significativas en ninguna de las otras opciones de respuesta, con toda seguridad, por no haber sido contempladas como opción de respuesta.

**Hipótesis 2:** Las personas de la muestra que antes y durante la drogodependencia y durante el-los tratamientos han sufrido algún tipo de Violencia Técnica (psicológica, económica, estructural, sexual, física y espiritual o moral) y Declarada por parte de un familiar o persona significativa, serán significativamente más numerosas que las que no han sufrido. Las mujeres presentan una proporción mayor en los diferentes tipos de Violencia sufrida que los hombres.

Con respecto al maltrato padecido, se observa (Tabla 119) que el del tipo técnico, esto es, señalar haber padecido comportamientos indicativos de violencia sin preguntar expresamente por ello, vemos que tanto antes como durante la drogodependencia los porcentajes son muy elevados, tanto en hombres como en mujeres.

**Tabla 119. Resumen del Maltrato Técnico y Declarado padecido por la muestra participante antes y durante la drogodependencia (%)**

	Maltrato Técnico		Maltrato Declarado	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Padecido antes de la drogodependencia</b>	70,5	76,6	38,8	67,3
	<i>p</i> .313		<i>p</i> .000	
<b>Padecido durante la drogodependencia</b>	69,0	76,5	34,9	59,2
	<i>p</i> .209		<i>p</i> .000	

Apenas hay diferencias entre los porcentajes de violencia padecida antes de la drogodependencia y la padecida durante la misma para la Violencia Técnica. Por sexos, sin aparecer diferencias estadísticamente significativas, se aprecia que las mujeres señalan porcentajes mayores que los hombres en el sufrimiento de este tipo de maltrato.

Los hombres han sido víctimas de Violencia Técnica antes de la drogodependencia, aunque muchos menos reconocen abiertamente estos hechos (Violencia Declarada). Puede haber varias explicaciones a esta diferencia. La primera es que quizá no sean conscientes de ser objeto de violencia y, la segunda, que aún siendo conscientes, les cueste reconocerlo.

En cuanto a quién lo ejerció, los porcentajes mayores tanto para los hombres como para las mujeres aparecen cuando éste proviene del padre, la madre, la pareja, los-as hermanos-as y otras personas. Es, por tanto, maltrato intrafamiliar e inter e intra generacional.

Antes de la drogodependencia, los hombres obtienen mayores porcentajes que las mujeres en el padecimiento de violencia psicológica ejercida por el padre, por la madre y los-as hermanos-as. Ellos señalan, inconscientemente pero en mayor medida que las mujeres, ser objeto de diferentes formas de violencia psicológica. Las diferencias, estadísticamente significativas por sexo, se muestran en las mujeres cuando la persona que ejerce la violencia es la pareja, y en los tipos de violencia física, económica, espiritual o moral y estructural.

Se ha visto en la introducción teórica los efectos físicos, psicológicos y/o sociales de su padecimiento. La violencia ejercida en la infancia y en la adolescencia produce alteraciones en el SNC y SNA, sistema endocrino y sistema inmune. Las reacciones de estos sistemas al estrés producen consecuencias de origen neurológico, psicológico y cognitivo conductual (Mesa y Moya, 2011). Prácticamente tres de cada cuatro personas drogodependientes han padecido violencia antes de la instauración de su drogodependencia; es un porcentaje elevadísimo y que acarrea como se ha visto graves problemas posteriores. La pregunta que surge es: ¿se dá estos hechos la importancia que realmente tienen en los tratamientos para drogodependientes?.

Cuando se pregunta por si en algún momento los y las participantes se han sentido maltratados (Violencia Declarada), se muestra que los porcentajes bajan con respecto al tipo de maltrato anterior (Tabla 119).

Sin embargo, aquí sí aparecen diferencias estadísticamente significativas por sexos entre el maltrato padecido, tanto antes como durante la drogodependencia. Las mujeres claramente declaran, con respecto a los varones, haber padecido en mayor proporción situaciones de violencia por familiares o personas cercanas antes y durante la drogodependencia. Puede significar que las mujeres son más conscientes del maltrato padecido que los hombres, o que los hombres cuando se les pregunta directamente por el maltrato, entienden que buena parte de las situaciones de violencia detalladas en el Maltrato Técnico no son violencia *per se*, o que realmente, los hombres perciben más violencia antes de la drogodependencia que durante la misma, de ahí la diferencia de cifras entre un tipo de maltrato y otro.

Las mujeres declaran que han sido maltratadas antes de la drogodependencia mayoritariamente por el padre, la expareja, la madre. Las diferencias estadísticamente significativas por sexos aparecen cuando el maltrato proviene de la pareja y de otras personas sin especificar. Cuando el Maltrato Declarado ocurre durante la drogodependencia, éste proviene mayoritariamente de la pareja y expareja. En este último caso y cuando viene de los hijos-as, igualmente la diferencia es estadísticamente significativa. Los hombres señalan a compañeros de trabajo y los-as hermanos-as en porcentajes mayores que ellas, aunque con mínimas diferencias. Las diferencias estadísticamente significativas por sexo aparecen cuando la persona que maltrata es la pareja y expareja y otras personas.

En cuanto a quien ha ejercido este tipo de maltrato, los porcentajes mayores en las mujeres señalan a la pareja (con diferencias estadísticamente significativas para esta figura) y a los hijos-as (diferencias estadísticamente significativas en el padecimiento de violencia psicológica por parte de hijos-as) y, en los hombres, el padre, madre, hermanos y otras personas.

Diferencias estadísticamente significativas por sexos también se hallaron en la violencia sexual ejercida por otras personas. Se ha hablado en el marco teórico de los efectos crónicos de este tipo de violencia aún con una sola exposición a la misma.

Lo que sí se muestra claro es que ellas obtienen porcentajes mayores en los dos momentos seleccionados y para cualquier tipo de maltrato.

Con respecto a la frecuencia y al tiempo que hombres y mujeres han padecido maltrato durante la drogodependencia, los porcentajes con frecuencias más altas se acumulan en las mujeres.

Con relación al tiempo en el que se prolongó o duró el maltrato durante la etapa de drogodependencia, tanto los hombres como las mujeres declaran sufrirlo, en mayor medida, durante más de un año.

Las razones que se atribuyen al porqué del maltrato muestran diferencias estadísticamente significativas por sexos en las siguientes respuestas: 'Consumía drogas', 'Estaba en paro', 'Tenía problemas psicológicos', 'Era violento por naturaleza', 'Ha sido maltratado en la niñez'.

Las mujeres obtienen porcentajes mayores que los hombres en el maltrato infringido por la pareja, por los-as hijos-as, hermanos-as, otras personas, padres, madres y otros-as familiares durante el tratamiento, a excepción de la expareja; si el maltrato procedía de ésta figura el porcentaje de los hombres es mayor. Las diferencias estadísticamente significativas por sexo se mostraron cuando la pareja fue la que lo realizó.

Entre las razones por las cuales ésta-s persona-s ejercieron el maltrato, el porcentaje mayor, tanto en hombres como en mujeres, fue para la opción 'Consumía drogas', sin diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en estas respuestas.

También durante los tratamientos las mujeres declaran en mayor proporción que los hombres haber padecido más situaciones de maltrato por parte de familiares o personas cercanas. Sin embargo, los hombres percibieron más situaciones de maltrato que las mujeres en los centros de tratamiento. Se ha comentado que en procesos de tratamiento, cuando hay que aprender a ceder, obedecer, disciplina y esfuerzo, los hombres culpan a los demás o al tratamiento de sus dificultades y entienden como violencia o maltrato sus propias resistencias al cambio (Tabla 120).

**Tabla120. Resumen del Maltrato Declarado durante el-los tratamientos padecido por la muestra participante (%)**

<b>Padecido durante el-los tratamientos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	
<b>En algún centro de tratamiento</b>	14,7	11,2	<i>p</i> .440
<b>Conocimiento de maltrato en algún centro</b>	19,4	18,4	<i>p</i> .847
<b>Por familiares durante el tratamiento</b>	13,2	22,4	<i>p</i> .067

Existen estudios precedentes que demuestran la relación significativa entre ser mujer, drogodependiente y haber padecido maltrato antes de la drogodependencia; estos hechos son señalados por Abbott et al. (1995), Dennerstein et al. (1993), Moncrieff et al. (1996), Roberts et al. (1998), Ramírez (2003), Milner (1993), Pham (2000), Cerezo (1995), Naciones Unidas (2006), Arostegui y Urbano (2004). Así como la relación entre estos hechos durante la drogodependencia, como son los estudios de Castillo-Carniglia et al. (2014), Kraanen et al. (2014); Kaufmann et al. (2014), Flanagan et al. (2014).

Sin embargo, también como se ha observado, los hombres han padecido violencia en porcentajes importantes, sobre todo la de tipo Técnico. Queda por indagar e investigar en los contextos terapéuticos la percepción de los hombres sobre la propia violencia sufrida y también sobre la ejercida. Se señalaba en el abordaje cualitativo que está por discernir y aclarar qué es violencia para cada sexo, qué comportamientos y/o actitudes consensuadamente podrían establecer un marco máximo y mínimo exigido intra e intersexos.

**Hipótesis 3:** Las personas que han vivido situaciones estresantes y traumáticas se presentarán en la muestra en mayor proporción que las que no las han vivido. Las mujeres presentarán una frecuencia significativamente mayor de ocurrencia de estos eventos que los hombres.

Con respecto a esta cuestión, el 38,3% de la muestra señalan haber padecido estos hechos, mostrándose diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .001$ ). Son más las mujeres que los hombres (el 51% frente al 28,7%) y más las mujeres que sí los padecieron que las que no (51% frente al 49%).

Así como antes de la drogodependencia no aparecen diferencias significativas por sexos sobre la ocurrencia de estos hechos, durante la misma, los hombres declaran haber experimentado: 'relaciones con prostitutas' ( $p .000$ ), 'continuas discusiones con la pareja' ( $p .007$ ), 'detenciones policiales' ( $p .001$ ), 'nacimiento de algún hijo' ( $p .025$ ) y 'abandono de hogar por parte de mi pareja' ( $p .011$ ). Las mujeres: 'tener abortos' ( $p .000$ ), 'violaciones' ( $p .009$ ), embarazos no deseados en la pareja' ( $p .051$ ).

Estas respuestas sugieren que los hombres frente a los problemas de adaptación tienden a externalizar sus comportamientos frente a otros, lo que les aporta una doble ventaja: se definen performativamente<sup>34</sup> por una parte frente así mismos y, por otra frente a los demás en sus roles más desarrollados y demandados. La identidad es el resultado de relaciones de poder en un momento histórico y social, aunque estructuralmente abierta, por lo que se hace necesaria una intervención política que establezca unos significados y excluya otros (Córdoba, 2013). Nuestro marco político, ¿está teniendo en cuenta este importante tema?, ¿qué consecuencias tienen los actos de los hombres que maltratan y violan?. Mientras sea la propia víctima la que deba denunciar estos hechos, difícilmente se puede cambiar el estado de estas cuestiones.

Por parte de las mujeres durante el periodo de consumo aparecen embarazos no deseados y/o abortos, además de violaciones. Si bien los dos primeros podrían ser síntoma de descuidos o errores dentro de las relaciones de pareja y/o como consecuencias indeseables de los efectos del consumo abusivo de drogas y que sugieren por parte de las mujeres la toma de decisiones deliberadas y pensadas, las violaciones, producidas o no en contextos de pareja, suponen en cualquier caso situaciones decididamente más traumáticas que cualquiera de las padecidas por cualquier hombre.

---

<sup>34</sup> En la concepción de Butler (2001),

Se ha hablado de los efectos crónicos de la violencia física, psicológica, emocional y abuso sexual padecida en la infancia. Efectos neuropsicológicos como rendimiento inferior, alteraciones al inhibir respuestas automáticas y en la memoria a corto plazo y dificultades para comprender instrucciones. Los efectos emocionales de estos hechos “influyen tanto en los sistemas neuronales de las personas” como deberían influir “en los sistemas portadores de significados que se asocian a emociones concretas desplegadas en el entramado sociocultural” (Socas, 2016, p. 26). Sería interesante realizar todo un nuevo planteamiento del tratamiento de la violencia en población drogodependiente. Estos sistemas portadores de significados deben responder a los actos y a los síntomas de violencia en las personas que la sufren, que como se observa, muestran una altísima prevalencia de casos.

Jaquier, Flanagan y Sullivan (2015), señalaban efectos únicos entre las mujeres drogodependientes y víctimas de violencia. Los estudios sobre los efectos de la violencia sobre población exclusivamente masculina, la percepción de estos hechos sobre esta población, como se ha observado, está pendiente de estudio y análisis.

Durante ambos periodos, las diferencias estadísticamente significativas entre los hombres aparecen en: ‘Sufrió agresiones’ y ‘Vivió fuera de mi hogar durante más de seis meses’. Por parte de las mujeres: ‘Ejercí la prostitución’ y ‘Sufrió abusos’. Los mismos datos se muestran en las lecturas de las experiencias vividas durante ambos periodos.

El 12,8% de la muestra ha experimentado violencia en el entorno penitenciario. De ellos el 17,1% de los hombres y el 7,1% de las mujeres, hallándose diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p .027$ ). Los hombres, en dicho contexto, declaran haber vivido más episodios de maltrato que las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas por sexo cuando esta violencia proviene del funcionariado ( $p .037$ ).

En contextos de prostitución se aprecia que existen diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p .000$ ). El 13,3% de las mujeres y el 1,6% de los hombres ejercieron esta práctica durante la drogodependencia y sufrió violencia durante la misma. Las mujeres prostituidas han sufrido maltrato por parte del cliente ( $p .000$ ) y por parte de otras personas ( $p .021$ ) con diferencias claramente significativas con respecto a los hombres. Ellos son los que han utilizado los servicios de prostitución y han ejercido violencia contra la persona que se prostituía.

**Hipótesis 4:** Las personas de la muestra que han ejercido algún tipo de violencia a su entorno presentarán una frecuencia de estos hechos significativamente mayor que las que no la han realizado. Los hombres presentarán una mayor proporción mayor de los diferentes tipos de violencia ejercida.

Con respecto a la violencia o maltrato ejercido a otras personas por parte de la población participante, el 55,5% de la muestra declara haber ejercido maltrato o violencia en algún momento de la vida, el 62% del colectivo masculino y el 46,9% del femenino y con diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p .024$ ).

Las mujeres la han ejercido contra la madre ( $p .028$ ) en la misma proporción que contra la pareja, aunque en este caso no se han hallado diferencias estadísticamente significativas, mientras que los hombres han maltratado en mayor medida a otros hombres, a otras personas distintas a las

familiares ( $p .000$ ), a la pareja (sin diferencias significativas) y contra compañeros-as de trabajo ( $p .000$ ).

Llama la atención el hecho de que las mujeres ejercen violencia contra sus madres en la misma proporción que contra sus parejas. En un estudio de Arostegui (2016) se demuestra que la violencia ejercida y padecida en relaciones de noviazgo en población adolescente sigue determinados patrones. En este contexto, ¿cómo es y por qué se inicia la violencia entre las madres y sus hijas drogodependientes?, ¿qué factores diferenciales podrían establecerse de estas relaciones?

Teniendo en cuenta la totalidad de la muestra, se constata la relación entre haber ejercido violencia y haber padecido Violencia Técnica ( $p .018$ ) y Declarada ( $p .007$ ) antes del inicio de la drogodependencia. Las personas que han sufrido violencia antes de la drogodependencia también la han ejercido.

Se constata la relación entre el hecho de haber padecido Violencia Técnica y Declarada en las mujeres y el hecho de ejercerla, mientras que en los hombres no existen diferencias significativas en la Violencia Técnica pero sí en la Declarada. Esto puede significar que mientras que las mujeres que han padecido violencia, siendo conscientes de ello o no, también la han ejercido, los hombres que sí son conscientes de haber padecido violencia (Violencia Declarada) son los que la han ejercido, mientras que entre los que no han sido conscientes de padecerla (Violencia Técnica), no presentan relación significativa con el hecho de ejercerla.

Padecer violencia conlleva ejercer violencia. Los hombres y mujeres que declaran haber padecido maltrato antes de la drogodependencia, también han ejercido violencia en algún momento de sus vidas. Cuando se tiene en cuenta padecer Violencia Técnica, esto es, ser consciente del padecimiento de la misma, sólo en las mujeres se presenta esta relación estadísticamente significativa con el ejercicio de la misma.

**Hipótesis 5:** En los hombres y mujeres de la muestra el hecho de haber presenciado Violencia en la infancia se relacionará significativamente con las condiciones de su drogodependencia, las experiencias de Violencia tanto ejercida como sufrida y su salud mental. Presentándose esta relación de forma diferencial entre mujeres y hombres.

Prácticamente la mitad de la población participante ha presenciado Violencia en la infancia (50,2%). El 52% de las mujeres y el 48,8% de los hombres indicaron que sí habían estado presentes en estas situaciones, sin mostrarse diferencias significativas entre los sexos.

Entre las mujeres y hombres la experiencia más mencionada alude a las discusiones entre los progenitores (señaladas por el 31,6% de las mujeres y 27,9% de los hombres) y al maltrato emocional del padre a la madre (24,5% de las mujeres y el 20,2% de los hombres).

Las mujeres han sido víctimas pasivas en mayor medida de la violencia emocional ejercida por el padre contra la madre y los hombres de la violencia física (maltrato físico del padre contra la madre). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexos en las respuestas ofrecidas.

### **Presencia de Violencia en la infancia y padecimiento posterior de violencia**

Se constata la relación significativa entre haber presenciado Violencia en la infancia y haber padecido violencia Técnica ( $p .001$ ) y declarada ( $p .000$ ) antes de la drogodependencia.

Por sexos, tanto los hombres ( $p .000$ ) como las mujeres ( $p .000$ ) igualmente muestran una relación significativa del padecimiento de ambas circunstancias.

Con respecto a la violencia padecida durante la drogodependencia, tanto la de tipo técnico ( $p .049$ ) como declarada ( $p .000$ ) se relaciona significativamente con el hecho de Presenciar Violencia en la infancia en la población total participante.

Por sexos, la violencia Técnica durante la drogodependencia presenta relación significativa con la Presencia de Violencia en la infancia en los hombres participantes ( $p .000$ ), no hallándose esta relación en mujeres.

La Violencia Declarada durante la drogodependencia correlaciona con la Presencia de Violencia en la infancia tanto en hombres ( $p .002$ ) como en mujeres ( $p .013$ ).

Presenciar Violencia en la infancia está asociado para ambos sexos con haber padecido violencia tanto técnica como declarada antes de la drogodependencia. Durante la drogodependencia, ambas variables están relacionadas en los hombres, sin embargo en las mujeres únicamente se muestra asociada en el padecimiento de la Violencia Declarada. En las mujeres no existe relación entre la Presencia de Violencia en la infancia y ser conscientes de haberla padecido, pero sí cuando se auto declaran como maltratadas.

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con la violencia ejercida**

El número de personas que ha presenciado violencia en la infancia y que además han ejercido violencia en algún momento de su vida es exactamente la mitad más uno de los-as participantes y representa al 50,2% de la muestra. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas circunstancias ( $p .020$ ).

Más hombres que mujeres han presenciado Violencia en la infancia y además la han ejercido en algún momento de sus vidas (69,8% frente al 54,9%). Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos hechos, ni para los hombres ni para las mujeres.

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con familiares con drogodependencia**

Existe una relación estadísticamente significativa entre Presenciar Violencia en la infancia y la existencia de familiares con problemas de drogodependencia, prácticamente tres de cada cuatro personas de la muestra señalan este hecho ( $p .000$ ).

Si se observa esta relación por sexos, igualmente se muestra que en los hombres ( $p .000$ ) y en las mujeres ( $p .005$ ) esta relación resulta estadísticamente significativa para ambos sexos.

Más hombres que mujeres que han presenciado Violencia en la infancia tienen familiares con problemas de drogodependencia (74,6% frente a 72,6%).

### **Presencia de Violencia en la infancia y violencia padecida en otros contextos**

Las personas que han presenciado Violencia en la infancia muestran también un promedio mayor de padecimiento de abusos ( $p .000$ ), agresiones ( $p .000$ ), violación ( $p .000$ ) y el ejercicio de la prostitución ( $p .024$ ), con una relación estadísticamente significativa entre estos hechos y la Presencia de Violencia en la infancia.

En todos los casos, las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia señalan promedios mayores de haber padecido abusos (29,4% frente al 19% masculino), agresiones (49% de las mujeres y el 25,4% de los hombres), violaciones (33,3% de las mujeres frente al 11,1% de los hombres) y el ejercicio de la prostitución (23,5% de las féminas frente al 1,6% de los varones).

Por sexos, tanto en hombres como en mujeres se presenta relación significativa en sufrir abusos, agresiones, violación, si se ha presenciado Violencia en la infancia, menos en ejercer la prostitución, que únicamente resulta relación significativa para las mujeres.

Los hombres presentan promedios mayores en estancias en prisión (17,1% frente a 7,1% de las mujeres). Existen además diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en este hecho ( $p .027$ ).

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con la salud**

Haber presenciado Violencia en la infancia implica presentar peor salud física en los siguientes casos: en Hepatitis A (5,3% frente al 2,7%), Hepatitis B (9,6% frente al 4,4%), Hepatitis C (28,9% frente al 14,2%), VIH (+) (7,9% frente al 2,7%), Asma (13,2% frente al 4,4%), Bulimia (8,8% frente al 0%) y Anorexia (6,1% frente al 2,7%) no así en SIDA, enfermedades de transmisión sexual e infección tuberculosa, cuyos porcentajes son muy bajos o inexistentes.

Se muestra relación significativa entre ambas variables en personas que padecen Hepatitis C ( $p .007$ ), Asma ( $p .020$ ) y Bulimia ( $p .001$ ).

Presenciar Violencia en la infancia indica mayor frecuencia en las mujeres de VIH (+), enfermedades de transmisión sexual, infección tuberculosa, Asma, Bulimia y Anorexia, mostrándose relación significativa en Asma y Bulimia.

En los hombres, únicamente aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ambas contingencias en el caso los hombres que padecen Hepatitis C.

Las personas que han presenciado Violencia en la infancia presentan porcentajes mayores que las que no la han presenciado, tanto en los casos de Bulimia como de Anorexia. Se muestran diferencias significativas en los casos de Bulimia ( $p .001$ ).

En las mujeres se aprecian promedios mayores que en los hombres en ambos trastornos alimentarios, con diferencias estadísticamente significativas en el caso de Bulimia ( $p .001$ ).

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con el número de tratamientos realizados**

Las personas que han presenciado Violencia en la infancia, presentan un mayor número de tratamientos que las que no la han presenciado. El tratamiento último realizado no es el primero en el 69,7% de las personas participantes. Igualmente la media de tratamientos realizados es mayor en las personas que han presenciado Violencia en la infancia que las que no la han presenciado.

Un porcentaje mayor de hombres que no han presenciado Violencia en la infancia, con respecto a los que sí la han presenciado, el tratamiento que realizan en el momento de la pasación del cuestionario, es el primero. En las mujeres ocurre lo contrario, el porcentaje es menor.

Los hombres que han presenciado Violencia en la infancia presentan a su vez un mayor número medio de tratamientos que las mujeres (2,98 tratamientos de media frente a 2,44).

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con el tiempo de consumo de sustancias**

Las personas que han presenciado violencia en la infancia muestran una edad media actual menor. También muestran una edad de inicio en el consumo de drogas menor en las personas que no han presenciado Violencia en la infancia.

Asímismo presentan una media mayor de años de consumo de drogas y también una media mayor de años de consumo de la droga que lleva a tratamiento que las que no la han presenciado. No existen diferencias significativas en ningún caso.

Los hombres que han presenciado Violencia en la infancia presentan un tiempo de consumo total menor que los que no la han presenciado. Sin embargo el tiempo de consumo de la droga que lleva a tratamiento es mayor en los que sí la han presenciado que en los que no.

En las mujeres que sí han presenciado Violencia en la infancia el tiempo de consumo total y el tiempo de consumo de la droga que lleva a tratamiento es mayor que en las que no la han presenciado. No existen diferencias significativas.

La edad de inicio en el consumo de drogas, en el caso de las mujeres que sí han presenciado Violencia en la infancia, muestra una significación más alta ( $p .072$ ).

### **Presencia de Violencia en la infancia y su relación con la Violencia Declarada padecida**

Tres de cada cuatro personas (77,5%) han presenciado Violencia en la infancia, de ellas nueve de cada diez (90,8%)<sup>35</sup> han padecido Violencia Declarada Grado 1, 2 o 3.

El 88,8% de las mujeres frente al 86,4% de los hombres declaran haber experimentado Violencia Declarada en Grado 1, 2 o 3 y haber presenciado Violencia en la infancia. Las diferencias son estadísticamente significativas para ambos sexos ( $p .000$ ).

Las mujeres presentan mayores porcentajes en Violencia Declarada Grados 2 y 3 que los hombres.

---

<sup>35</sup> Suma de 48,6%, 27,5% y 14,5%, correspondiente a las personas que han señalado padecer violencia declarada Grados 1, 2 y 3.

**Hipótesis 6:** En la muestra participante del estudio se evidenciarán diferencias significativas en cuanto al nivel de autoestima en: el grupo de personas que han padecido Violencia con respecto a las que no lo han sufrido, y en las mujeres con respecto a los hombres.

Las personas que han presenciado Violencia en la infancia muestran un nivel de autoestima menor que las personas que no la han presenciado, no existiendo relación significativa entre ambos hechos. Los hombres que sí han presenciado Violencia en la infancia muestran una autoestima mayor que los que no la han presenciado, mientras que las mujeres que sí han vivido estos hechos puntúan más bajo que las que no los han vivido.

Las personas que han padecido Violencia Técnica antes de la drogodependencia muestran un nivel de autoestima menor que quienes no la han sufrido, mostrándose diferencias estadísticamente significativas por sexos entre ambas variables.

Las mujeres muestran una autoestima menor que los hombres en todas las mediciones de la variable: numérica ( $p .014$ ) y dicotómica ( $p .006$ ) con diferencias significativas por sexos.

Los hombres que sí han presenciado Violencia en la infancia presentan una autoestima mayor que los que no la han presenciado (5,92 puntos de media, frente a 5,54), mientras que las mujeres que han presenciado Violencia en la infancia presentan un nivel de autoestima menor que las mujeres que las que no han vivido estos hechos (4,56 puntos de media, frente a los 5,67). En el caso de las féminas, esta diferencia es estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p .002$ ).

Es interesante esta diferencia por sexos en el significado del concepto autoestima. En general, una baja autoestima limita las expectativas, la capacidad de actuar y la fuerza para enfrentarse a las dificultades. André y Lelord (1999) sugieren que se asienta sobre dos sensaciones: la de ser amado y la de ser competente. La autoestima tiene relación con la confianza, la propia percepción y el amor a uno mismo. Los tres elementos se forjan inicialmente en la infancia con nuestra familia y en el contexto educativo.

La confianza se aplica a las acciones que se llevan a cabo, y su origen está en las reglas aprendidas para actuar fácil y rápidamente aceptando los fracasos. Si no existe confianza, surgen vacilaciones, desánimos, abandonos. Cuando está presente, no se teme de forma extrema lo desconocido o la adversidad. La visión de uno mismo es el componente evaluativo; si es positiva permite que la persona en un momento adverso, pueda confiar en el entorno. Su origen se fragua en las expectativas buenas, ausentes o negativas de los-as cuidadores-as sobre él o ella, que se traducirá en intentos de hacer bien las cosas y superación de los obstáculos o dependencia y pasividad. André y Lelord (1999) señalan que una visión de uno-a mismo-a sin recursos, provoca una profunda dependencia del exterior. Y el amor a uno mismo, como componente más importante de los tres. Su origen está en el afecto recibido, que confiere estabilidad en sus intercambios comunicacionales y resistencia frente a las críticas. Si no está presente, la falta de amor a uno mismo genera dudas sobre su capacidad para ser querido (André y Lelord, 1999).

Estos tres pilares aparecen interrelacionados, aunque en algunas personas no están unidos. Si están desligados del campo de acción puede tener un efecto pernicioso. La autoestima, como resultado, debe preceder a la acción y no al contrario. La acción adecuada, adaptativa, por el propio esfuerzo o la propia capacidad es lo que debe producir la satisfacción (Marina, 2005).

Entre los modelos de masculinidades que proponía el sistema patriarcal, estaba la 'masculinidad cómplice'. La drogodependencia y la violencia, juntas o por separado, son resultados eficaces a corto plazo para transitar y o mantenerse dentro del sistema. Los hombres que han presenciado Violencia en la infancia, podrían necesitar de la fuerza-autoestima previamente como compensación a una confianza, visión de sí mismos y amor propio deficientes pero exigidos por el sistema para mantenerse 'dignamente' en él. Por otra parte, mediante el consumo de drogas (estimulantes) y/o la violencia instrumental, estos hombres consiguen buena parte de sus metas y objetivos, saliendo fortalecidos de sus acciones, máxime cuando el propio sistema, en este caso la 'masculinidad hegemónica', se encarga de reducir, paliar, ocultar, negar las consecuencias de sus acciones. Los hombres drogodependientes que ejercen y padecen la violencia de otros hombres son víctimas de la hegemonía patriarcal.

En las mujeres drogodependientes de la muestra la autoestima es más baja que la de los hombres, y entre las que han presenciado y padecido Violencia es más baja aún. La confianza, la visión de sí mismas y el amor propio se ven duramente afectados cuando se padece violencia. En las mujeres además, el amor propio y la visión de sí mismas es en buena parte dependiente del buen cumplimiento de sus roles de género, pero sobre todo por lo que los-as demás le devuelven sobre este deber y su desempeño. La crianza de estas mujeres en contextos familiares problemáticos, con modelos de referencia con problemas de drogas, unidas a parejas que reproducen estos modelos, incluidos además en la 'masculinidad cómplice', hace que estas mujeres sean las víctimas de las víctimas de la 'masculinidad hegemónica'.

**Hipótesis 7.** Algunas variables pueden explicar y predecir el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia.

El análisis de regresión logística binaria ha determinado que son tres variables las que explican el padecimiento de violencia antes de la drogodependencia: La existencia de familiares drogodependientes, el nivel de autoestima puntuado actual y la edad de inicio en el consumo de drogas.

La variable que más explica padecer violencia antes de la drogodependencia es la existencia de familiares con problemas de drogodependencia, seguida del nivel de autoestima. La edad de inicio en el consumo es una variable explicativa y predictora del padecimiento de violencia antes de la drogodependencia para las mujeres pero no para los hombres.

Decíamos en la fundamentación teórica que los pilares del sistema patriarcal imperante en las religiones monoteístas están enmarcados dentro de estructuras con ejes-clave y encadenadas entre sí en una relación de inversión, en la que la afirmación y el triunfo de una de las partes significa el debilitamiento o la derrota de la otra. Esta relación que programa la interacción de todos los elementos existentes es jerárquica, desigual y fatalmente conflictiva. El sostén del estatus-quo y de quienes lo definen son los que mantienen esta situación (Sabbah, 2000), con consumos de drogas para responder a sus requerimientos, paliar el sufrimiento y/o con la violencia que sea necesaria para este fin.

### 7.3. Conclusiones generales

1. Hombres y mujeres drogodependientes han padecido Violencia Técnica y Declarada antes y durante la drogodependencia y durante los tratamientos.
2. Las mujeres presentan mayores porcentajes de violencia padecida antes y durante la drogodependencia y durante los tratamientos que los hombres. La violencia padecida por parte de las mujeres drogodependientes da cuenta del lugar subordinado que ocupan éstas en los diferentes contextos socioculturales.
3. Padecer violencia implica ejercer violencia. Esta aparece como respuesta y como modelo de referencia, desadaptativo pero eficaz, a la hora de resolver la ansiedad, el estrés y los conflictos. Los hombres y las mujeres drogodependientes que padecen violencia, también la ejercen. Los hombres contra otras personas, la pareja y compañeros de trabajo. Las mujeres ejercen violencia contra la pareja (en respuesta a sus agresiones), sus propias madres (hacia quien perciben y sienten que ésta puede ser dirigida) y contra otras personas.
4. La Violencia se presenta en población drogodependiente en tratamiento como: 1. Factor de riesgo; la violencia está presente durante la drogodependencia y la drogodependencia está presente en la violencia, 2. Factor concurrente; veces está la violencia en primer lugar y después aparece la drogodependencia y, en otras, se presenta la drogodependencia y posteriormente la violencia, y como 3. Factor pronóstico: la violencia explica y prevee drogodependencia y la drogodependencia explica y prevee violencia.
5. La violencia se presenta como el caballo de batalla desde un punto de vista clínico y terapéutico en la población drogodependiente.
6. La violencia y la drogodependencia son respuestas individuales desadaptadas dentro de contextos socioculturales concretos, cuya explicación viene por relaciones multilaterales. Tienen su origen en un complejo momento personal, en un contexto histórico y social. Ambos sexos, los hombres y las mujeres drogodependientes, son víctimas de la violencia estructural del sistema patriarcal: 1. Los hombres drogodependientes formando parte de la 'masculinidad cómplice', son víctimas a su vez de la 'masculinidad hegemónica' 2. Las mujeres drogodependientes son víctimas de la 'masculinidad cómplice'.
7. El sistema patriarcal es el producto de estas relaciones verticales y asimétricas estructuradas definidas desde arriba y sostenidas desde abajo, relaciones definidas con violencia y sostenidas con drogodependencia, sobre las cuales se sustenta el sistema y se mantiene el estatus quo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. y Lowenstein, S. R. (1995). Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population (1763-1767). En L. Ramos-Lira. (2000). *Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas*. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Aguar, M. (2009). *Malos tratos a mujeres. Prevalencia e impacto sobre su salud*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Disponible en: <https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=302673>.
- Aguilar García, M. T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis: Revue de Civilisation Contemporaine de l'Université de Bretagne Occidentale*, (8), 10.
- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437.
- Alink, L. R., Cicchetti, D., Kim, J. y Rogosch, F.A. (2012). Longitudinal Associations Among Child Maltreatment, Social Functioning, and Cortisol Regulation. *Journal of Developmental Psychology*, 48(1), 224–236. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3400182/>
- Altell, G. (20115). Dones en Xarxa. Mujeres, drogas y violencia Disponible en: [http://www.eldiario.es/catalunya/donesenxarxa/drogas-violencia-mujeres\\_6\\_442765742.html](http://www.eldiario.es/catalunya/donesenxarxa/drogas-violencia-mujeres_6_442765742.html).
- Altell, G., Martí, M. y Missé, M. (2016). Perspectiva de género en espacios de ocio nocturno y drogas: observando los riesgos de las mujeres. Poniendo otras miradas a la adolescencia. *Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología*, 31.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Fundamentos y metodología. México DF. Editorial Paidós educador.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. A., De Corral, P., y Oria, J. C. (2012). Variables psicosociales y riesgo de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo. *Acción Psicológica*, 9(1), 3-18.
- Amor, P. y Echeburúa, E. (2010). Claves Psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97-104.
- André, C. y Lelord, F. (1999). La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás. Kairós.
- Andrés-Pueyo, A., y Redondo-Illescas, S. (2007). La predicción de la violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 145-146.

- Anglin, M. D. y Perrochet, B. (1998). Drug use and crime: A historical review of research conducted by the UCLA Drug Abuse Research Center. *Substance use & misuse*, 33(9), 1871-1914.
- APA. American Psychiatry Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5ª Ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Aparicio, A. M. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24(1), 77-87.
- Aranda, M., Montes-Berges, B. y Castillo-Mayén, M. R. (2015). La orientación a la dominancia social en la adolescencia: el papel de la identidad de género y los rasgos estereotípicos femeninos y masculinos. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 241-263.
- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
- Arbaiza, Ml. (2014). Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el Drogodependiente. (Tesis doctoral). Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/28339/1/T35730.pdf>.
- Arnaez, C., Marina, P., Secades, R. y Fernández, J.R. (2003): Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencia en Asturias. *Adicciones*, 16(2) 81-90.
- Arostegui, E. y Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados. Bilbao: Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea. Disponible en: <http://www.gizartegaiak.ej-gv.net/GizarteGaiakContenidos/pdf/LAMUJERDROGODEPENDIENTE.pdf>.
- Arostegui, E., Fernández, A., Laespada, Mª T., Sanz M., Urbano, A. (2008) ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?. Bilbao. Instituto Deusto de Drogodependencias. Colección Avances en Drogodependencias. ISBN: 978-84-9830-133-5.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E. y Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 19–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-120018838>.
- Auerhahn, K. y Parker, R. N. (1999). Drugs, alcohol, and homicide. Studying and preventing homicide. *Issues and challenges*, 97-114.
- Barcia, D., Morcillo, L., Pozo, P., González, H., Martínez, E., y Bogoños, E. (1990). Aspectos socioculturales en el alcoholismo femenino. *Psicopatología*, 10, 91-100.

- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., De la Cuesta, S., López, M., Rodríguez, M., Sánchez, S., y Calvo, B. (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.
- Barreda, M.Á (2005). *Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. Documentos técnicos.
- Barrera, M. (2007). Descripción del Perfil Neuropsicológico de una Muestra de Niños Víctimas de Abuso Sexual en la Ciudad de Medellín, en: F.J. Muñoz Olano (2014). *Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. Enfoques*, 1(1).
- Beckman, L.J. y Amaro, H. (1984) Patterns of women's use of alcohol treatment agencies (319-348). En S.C. Wilsnack y L.J. Beckman (eds.) *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*. New York: Guilford Press.
- Becoña, E. (2002). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas (117-140). En JR Fernández-Hermida y R. Secades (eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E. y Medina-Mora, M. E. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(4), 231-236. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n4/v23n4a02>.
- Bennet ,L. y Lawson, M. (1993). When is domestics violence a hidden face of addiction?. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (4), 337-344. En L. Ramos-Lira. (2000). *Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas*. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Berenzón, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L. y Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. *Saludmental*, 37(4), 313-319.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Desclée de Brouwer.
- Berkowitz, L. (1996). *Violencia doméstica (259-290)*. En L. Berkowitz. *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer. (Original 1993).
- Bernard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*. San Francisco, West: Regional Educational Laboratory.
- Biglia, B. (2015a). Aclarando términos: el paradigma de las violencias de género, en: B. Biglia y E. Jiménez. *Jóvenes, género y violencias: hagamos nuestra la prevención. Guía de apoyo para la formación de profesionales*. Publicacions URV.
- Biglia, B. (2015b). Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. *Otras formas de (re)conocer*, 21.

- Biglia, B. y San Martín, C. (2007). Resignificando “violencia(s)”, obra feminista en tres actos y un falso epílogo (21-34). En B. Biglia y C. San Martín, (eds.). *Estado Wonderbra. Entrelazando narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Editorial Virus.
- Biglia, B. y San Martín, C. (Coords.). (2007). *Estado Wonderbra. Entrelazando narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Editorial Virus. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33392371/Estado\\_de\\_Wonderbra.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1469873851&Signature=xalaPT2eVnnp6tKAQfRTyexfn%2BE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEstado\\_De\\_Wonderbra.\\_Entrelazando\\_narra.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33392371/Estado_de_Wonderbra.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1469873851&Signature=xalaPT2eVnnp6tKAQfRTyexfn%2BE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEstado_De_Wonderbra._Entrelazando_narra.pdf)
- Bisetto, P. D., Botella, G. Á., y Sancho, M. A. (2011). Eating Disorders and drug use in adolescents. *Adicciones*, 24(1), 9-16.
- Blanco, P. (2001). Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Fundación Instituto Spiral y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Blázquez, M. y Moreno, J. M. (2008). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 475-500.
- BLUME, S. (1998). Understanding Addictive Disorders in Women. En: Principles of Addiction Medicine, Graham, A., Schultz, T. (eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA, 1173-1190.
- Boch, E., Ferrer, V. A., Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal: reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Editorial Anthropos.
- Bolaños, E. (2012). Mujeres, drogas y género. Ponencia presentada en XVIII Jornada Municipal sobre Drogas. Disponible en: [http://agua.gijon.es/multimedia\\_objects/download?object\\_id=111084&object\\_type=document](http://agua.gijon.es/multimedia_objects/download?object_id=111084&object_type=document).
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 8(2), 155-174.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Bowen, M. (1991). De la familia al individuo. Barcelona. Editorial Paidós.
- Bowes, N. y McMurrin, M. (2013). Cognitions supportive of violence and violent behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 660-665.
- Briñez-Horta, J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13, 439-455.
- Brown, R. T. (2002). Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 247-255.

- Browne, K. y Herbert M. (1997). *Preventing Family Violence*. West Sussex. John Wiley and Sons. Chichester.
- Buckholtz, J. W. (2015). *Psicobiología de la agresión y la violencia*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8evqllEteic>.
- Buckholtz, J. W. (2015). Social norms, self-control, and the value of antisocial behavior. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 122-129.
- Buckholtz, J. W., Martin, J. W., Treadway, M. T., Jan, K., Zald, D. H., Jones, O. y Marois, R. (2015). From Blame to Punishment: Disrupting Prefrontal Cortex Activity Reveals Norm Enforcement Mechanisms. *Neuron*, 87(6), 1369-1380.
- Bühler, K. M. K. (2014). *Polimorfismos genéticos humanos y adicción a drogas de abuso: implicación del SNP C385 del gen FAAH en el consumo de riesgo de alcohol en jóvenes adultos*. (Tesis Doctoral). Madrid. Universidad Complutense.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós (Orig. 1990).
- Cabrera, R. y Del Río, P. A. (2004). *Opiáceos* (43). En R. Cabrera Bonet, J. M. Torrecilla Jiménez (eds.). *Manual de drogodependencias*. Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga.
- Cáceres, J. (1999). Discusiones de Pareja, violencia y Activación cardiovascular. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(104), 909-938. En: J. Cáceres (2007). *Violencia doméstica: lo que revela la investigación básica con parejas*. *Papeles del Psicólogo*;28, 57-62.
- Cáceres, J. (2007). *Violencia doméstica: lo que revela la investigación básica con parejas*. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 57-62. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2003): *Diferencias de género en formas de pensar y en problemas psicológicos*. I Jornada de Estudios de Género. Universidad de Deusto.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Cánovas, G. (2016). Recuperar la identidad o recuperar la identidad maltratada. Disponible en: <https://www.fsyc.org/prensa/recuperar-la-identidad-o-recuperar-la-identidad-maltratada>.
- Capezza, N. M., Schumacher, E. C. y Brady, B. C. (2015). Trends in Intimate Partner Violence Services Provided by Substance Abuse Treatment Facilities: Findings from a National Sample. *Journal of Family Violence*, 30(1), 85-91.
- Carandell, E. (2009). *Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears*. Unidat de Programes. GAP Mallorca: Comunitat Autònoma de Les Illes Balears. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia\\_genero.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia_genero.pdf).

- Casique, I. (2012). Vulnerabilidad a la violencia doméstica. Una propuesta de indicadores para su medición. *Revista Internacional de Estadística y Geográfica*, 3(2), 46-65.
- Castaños, M. y Palop, M. (2007). El proceso de intervención en mujeres con drogodependencia: Pautas para incluir la perspectiva de género (60-75). En M. Castaños, C. Meneses, M. Palop, M. Rodríguez, S. Tubert. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castillo, A., Llopis, J.J., Rebollida, M., Fernández, C., Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y drogas*, 3(2), 37-60.
- Castillo, M. M. A., García, K. S. L., Almanza, S. E., Maldonado, R. M., Facundo, F. R. G. y Castillo, B. A. A. (2011). Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en Enfermería. Imagen y desarrollo*, 11(1), 81-95.
- Castillo-Carniglia, Á., Pizarro, E., Luengo, D. y Soto-Brandt, G. (2014). Consumo de alcohol y autoinforme de eventos violentos en Chile. *Adicciones*, 26(1), 46-53.
- Castrillo, M. (1993). En: D. Comas. La mujer en la Comunidad Terapéutica. Boletín sobre drogodependencias. *Crefat*, 17, 6-7.
- Catalán, J. (2010). *Teorías subjetivas. Aspectos teóricos y prácticos*. La Serena. Editorial Universidad de La Serena.
- Centro y Asesoría de Estudios Sociales (CAES) (2002) *Trabajos y Mujeres. Materiales para una intervención feminista*. Madrid. Disponible en: [http://www.caesasociacion.org/feminismo/ficheros/trabajos\\_y\\_mujeres.pdf](http://www.caesasociacion.org/feminismo/ficheros/trabajos_y_mujeres.pdf).
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y aprendizaje*, 18(71), 135-157.
- Chait, L. y Zulaica, B. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos adictivos*, 7(2), 104-113.
- Chérrez-Bermejo, C. y Alás-Brun, R. (2014). Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: un estudio descriptivo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 29-37.
- Cibanal, L. (2015). Introducción a la sistémica y terapia Familiar. Disponible en: [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_terap\\_famil\\_2.htm](http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_2.htm).
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment (346-377). En: W. M. Grove y D. Cicchetti (eds.) *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl*. Personality and Psychopathology. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Clark, C. B., Reiland, S., Thorne, C. y Cropsey, K. L. (2014). Relationship of trauma exposure and substance abuse to self-reported violence among men and women in substance abuse treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1514-1530. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0886260513507138>.
- Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N. y Hien, D. A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA Clinical Trials Network "Women and Trauma" Multi-site Study. *Addictive behaviors*, 38(7), 2325-2332.
- Cohen, L., Greenfield, S., Gordon, S., Killeen, T., Jiang, H., Zhang, Y. y Hien, D. (2010). Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 19, 245-251. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00038.x>.
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. Comunidad y Drogas. *Monografías*, 1, 11-19.
- Comas, D. (1993): La mujer en la Comunidad Terapéutica. *Boletín sobre drogodependencias. Crefat*. 17:6-7.
- Comas, D. (1995): *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria editorial.
- Comisión Europea (1998). *100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 1998. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/equ\\_opp/glossary/glossary\\_es.pdf](http://europa.eu.int/comm/equ_opp/glossary/glossary_es.pdf). ISBN 92-828-2614-7.
- CONACE Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.(2006). *Proyectos de Tratamiento y Rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas. Las buenas prácticas. Área técnica en tratamiento y rehabilitación*. Disponible en: [http://bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/TRATAMIENTO\\_CL\\_5596.pdf](http://bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/TRATAMIENTO_CL_5596.pdf).
- Conde, F. (2000). El estrés en las mujeres trabajadoras. Madrid. instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. W. y Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), pp. 829-859.
- Connelly, C. D., Hazen, A. L., Baker-Ericzén, M. J., Landsverk, J. y Horwitz, S. M. (2013). Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *Journal of Women's Health*, 22(10), 844-852.
- Connors, G. J., Maisto, S. A. y Donovan, D. M. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91(12s1), 5-14.

- Consejo de Europa (1985). Recomendación (85) 4, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 26 de marzo de 1985, sobre la violencia dentro de la Familia. Disponible en: <http://www.victimas.org/html/internacional/internacional.html>.
- Consejo de Europa (2002). Recomendación del Comité de Ministros y Ministras del Consejo de Europa de los estados miembros sobre la protección de la Mujer contra la violencia. Asamblea Parlamentaria. En Emakunde (2008). Violencia contra las mujeres. Propuestas terminológicas. Disponible en [http://www.justizia.net/Docuteca/Documentos/4565violencia\\_c.pdf](http://www.justizia.net/Docuteca/Documentos/4565violencia_c.pdf).
- Consejo de Europa (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. 11 de mayo del 2011. Artículo 3. Disponible en: <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210>.
- Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behavior. *Journal of substance abuse treatment* (14)2, 183-190.
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia. En: Patró Hernández, R., Limiñana Gras RM. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17.
- Córdoba, D. (2003). Identidad sexual y performatividad. Athenea Digital. *Revista de pensamiento e investigación social*, 1(4), 87-96. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num4/cordoba.pdf>.
- Coria-Ávila, G.A., Pfaus, J.G., Miquel, M., Pacheco, P. y Manzo J (2008). Preferencias condicionadas inducidas por sexo y las drogas: una comparación de las bases neuronales. *Revista de Neurología* 46, 213-218.
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza, I., Bajo, R., Arrúe, R., López, M.E., Coullaut-Valera, J., Correas, A., López-Sanz, D., Maestu, F. y Papo, D. (2014). Drug polyconsumption is associated with synchronization of brain electrical-activity at rest and in a counting task. *International Journal of Neural Systems*. Feb;24(1):1450005. doi: 10.1142/S0129065714500051. Epub 2013 Dec 5.
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza, I., de Arrue, R., Coullaut-Valera, J. y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría* 39(3),168-173.
- Couper, M. P., Kennedy, C., Conrad, F. G. y Tourangeau, R. (2011). Designing input fields for non-narrative open-ended responses in web surveys. *Journal of official statistics*, 27(1), 65.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. y Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behavior therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 434–449. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.748>.

- Covington (2002). Helping women recover: creating gender-responsive treatment. En Handbook of addiction treatment for women: theory and practice. En: C. Meneses Meneses, C. (2007). Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia. Intervención en drogodependencias con enfoque de género, Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 17-27.
- Covington, S. (1985). Gender differences in criminality among heroin users (329-354). En: C. Castaños, C. Meneses, M. Palop, M., M. Rodríguez y S. Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género (17-27). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Crempien, C. (2005). El trauma relacional de la violencia en la pareja impacto y consecuencias. La violencia en la familia, escuela y sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de Intervención. Universidad Internacional SEK. Ponencias y artículos. Seminario Internacional Santiago de Chile.
- Cuthbert, B. N. y Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11(1), 1.
- Cuthbert, B.N. (2013). El modelo RDoC: facilitación de la transición del sistema ICD/DSM a los enfoques dimensionales que integran neurociencia y psicopatología. *World Psychiatry*, 12, 28-35. Disponible en: [http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/Spanish/World\\_1-2014.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/World_1-2014.pdf).
- De la Peña Fernández, M. E. (2010). *Conducta antisocial en la adolescencia. Factores de riesgo y protección*. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- De la Torre, L. S. (2010). Importancia del discurso religioso e impronta de la Biblia en la gestación de la violencia de género. *Revista de la Inquisición:(intolerancia y derechos humanos)*, 14, 305-326.
- De Miguel Calvo, E. (2015). Mujeres usuarias de drogas en prisión. *Práxis sociológica*, 19, 141-159.
- De Paúl, J., y Arruabarrena, M. I. (2001). *Manual de protección infantil*. Barcelona. Masson.
- Del Moral, B. (2008). 1º Jornada de la Comisión de Género. Farapi, Kualitate Lantalde. Gobierno Vasco. Disponible en: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-333%232E%23pdf>.
- Del Olmo, R. (1999). *Violencia juvenil y consumo de drogas. Modelos Teóricos (Algunas Inquietudes preliminares)*. In Congreso Virtual. Violencia Juvenil y Consumo de Drogas.
- Delgado, S. (2002). Delincuencia y drogas. En S. Delgado y J. M.Torrecilla (eds.), *Medicina legal en drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Delima, J. y Vimpani, G. (2011). The neurobiological effects of childhood maltreatment. An often overlooked narrative related to the long-term effects of early childhood trauma?. *Family Matters*, 89. Disponible en: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/fm2011/fm89/fm89e.html>.

- Demetriou, D. Z. (2001). Connell's concept of hegemonic masculinity: A critique. *Theory and Society*, 30(3), pp. 337-361.
- Dennerstein, L.; Artsbury, J.; Morse, C. (1993): *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. Geneve: World Health Organization. En: L. Ramos-Lira (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *Liber-Adictus*, 50, 27-31.
- Díez Gutiérrez, E. J. (2015). Códigos de masculinidad hegemónica en educación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 68, 79-98.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid. Editorial Temas de Hoy.
- Domínguez, A. I. C. y García, L. A. (2016). Estudio longitudinal del tráfico de drogas y de su impacto en la delincuencia. Indret: *Revista para el Análisis del Derecho*, (1), 2.
- Dorfman, H. M. y Buckholtz, J. W. (2015). Social Behavior: A Penny for Your Shocks. *Current Biology* 25(14), 1852-1859.
- DSM-5®) 5ª Ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Dutton, DG; Painter, SL (1981). Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: an International Journal*, 6 139-155.
- Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York. Guilford Press.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2006). Violencia en la relación de pareja (531-558). En J. Ezcurra, A. González-Pinto y M. Gutiérrez Fraile (eds.). *Psiquiatría y mujer*. Madrid. Editorial Aula Médica.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores (71-175). En: E. Echeburúa y P. Corral (eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). ¿Por qué víctima es femenino y agresor es masculino?. La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales. Madrid. Editorial Pirámide.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E. y Chang, M. (2011). Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics—challenges and implications for prevention and treatment. *Substance use & misuse*, 46(2-3), 295-306.
- EMAKUNDE (2006). *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales*. Departamento de vivienda y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://emakunde.es>.
- EMAKUNDE (2008). *Violencia contra las mujeres. Propuestas terminológicas*. Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional para la mejora de la atención a las víctimas de

violencia doméstica y maltrato sexual. Disponible en  
[http://www.justizia.net/Docuteca/Documentos/4565violencia\\_c.pdf](http://www.justizia.net/Docuteca/Documentos/4565violencia_c.pdf).

English, D. J., Bangdiwala, S. I. y Runyan, D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: Introduction. *Child abuse y neglect*, 29(5), 441-460.

English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., Dubowitz, H. (2005). Maltreatment' swake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29, 597– 619.

ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores Asociados. Resultados del Estudio ESEMeD-España. Haro JM, C. Palacín, Vilagut G., M. Martínez, M. Bernal, I. Luque, M. Codony, M. Dolz, Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

Estaban, M. L. (2003). El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3(1), 22-39.

Esteban Galarza, M. L. (2003). El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3(1), 22-39.

Etorre, E. (1998). *Mujeres y Alcohol*. Madrid. Editorial Nancea.

Fals-Stewart, W. y Kennedy, C. (2005). Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 29(1), 5-17.

Fanton, M. (2014). Comunidad terapéutica, violencia y patología dual. Estudio de dos casos de estrés postraumático. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

FARAPI. Antropología Aplikatua (2007). Estudio documental sobre drogas y violencia de género. Colección Informe/Txostena, Observatorio Vasco de Drogodependencias, Dirección de Drogodependencias. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco. Disponible en: En [http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena18.pdf](http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena18.pdf).

FARAPI. Kualitate y Gobierno Vasco (2008). I Jornada de la Comisión de género. Disponible en: [http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/2779/es\\_2239/adjuntos/Orden%20del%20d%C3%ADa.pdf](http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/2779/es_2239/adjuntos/Orden%20del%20d%C3%ADa.pdf).

Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 6(36), 929-964.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona. Editorial Melusina.

- Fazzone, P.A.; Holton, J.K.; Reed, B.G.; Cook, P. Gartner, C.G. et al. (1997). *Substance abuse treatment and domestic violence: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 25*, Rockville, MD, Center for Substance Abuse treatment, 152. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Feingold, A., PhD. y Capaldi, D. M., PhD. (2014). Associations of women's substance dependency symptoms with intimate partner violence. *Partner Abuse*, 5(2), 152-167.
- Fernández, J. A. (2014). Las mujeres en el narcotráfico. Clivajes. *Revista de Ciencias Sociales*, 1.
- Fernández, J. y López, J. (2009). *Maltrato, factores de riesgo, Personas vulnerables: maltrato y abuso*. Consejo General del Poder Judicial. España.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. (2016). Las Masculinidades y los Programas de Intervención para Maltratadores en Casos de Violencia de Género en España. *Masculinities and Social Change*, 5(1),28-51. doi: 10.17583/MCS.2016.1827.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. D. C. y Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de psicología*, 22(2), 251-259.
- Ferrer, V., Bosch, E., García, E., Manassero, M. A. y Gili, M. (2004). Estudio meta-analítico de características diferenciales entre maltratadores y no maltratadores: el caso de la psicopatología y el consumo de alcohol o drogas. *Psyche*, 13(1), 141-156.
- Flanagan, J. C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S. C. y Sullivan, T. P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220(1/2), 391-396. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.065
- Freeman, D. y Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford University Press. En: L. Ramos-Lira, (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281.
- Frude, N. (1994). Marital violence. An interactional perspective. En: J. Archer, (ed). *Male violence*, Routledge, London. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Fundación Spiral (2001). I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate.
- Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J. W. (1986). The psychologically battered child (p. 8). San Francisco. Jossey-Bass. En: Olano, J. F. M. (2015). Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. *Enfoques*, 1(1).

- García, M.M y Marcos, J. (2011). Construir salud, construir género: ¿por qué la investigación cualitativa es una metodología sensible al género?. Comentarios de María del Mar García-Calvente y Jorge Marcos Marcos del artículo: The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Soc Sci Med* 2008; 67: 808-16. De: C Emslie, K Hunt. *Feminismo/s*, (18), 271-280.
- García-Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.
- Gaudin Jr, JM, Polansky, NA, Kilpatrick, AC, y Shilton, P. (1993). Soledad, depresión, estrés, y sociales de apoyo en las familias negligentes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 597. En Olano, J. F. M. (2015). Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. *Enfoques*, 1(1).
- Gayle Rubin (1975). *The Traffic in Women*. En Rayna Reiter (eds.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press. p. 159.
- Gelles, R.J. (1987). En Frude, N. (1994). Marital violence. An interactional perspective. En: J. Archer, (ed) *Male violence*, Routledge, London. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Gerber, G. (1995). Gender stereotypes and the problem of marital violence. En L. Adler y F. Denmark (eds.), *Violence and the prevention of violence*. New York. Editorial Praeger.
- Gilchrist, G., Blázquez, A. y Torrens, M. (2012). Exploring the relationship between intimate partner violence, childhood abuse and psychiatric disorders among female drug users in Barcelona. *Advances in Dual Diagnosis*, 5(2), 46-58. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/17570971211241895>.
- Giménez Manrique, L. (2012). Protocolo de evaluación de necesidades de adicción y violencia contra las mujeres. Disponible en: [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26195/Lorena%20Gim%20E9nez\\_Adicci%20F3n%20y%20Violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26195/Lorena%20Gim%20E9nez_Adicci%20F3n%20y%20Violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf?sequence=1).
- Girard, R. (2002). *Veo a Satán caer como el relámpago*. Anagrama. Barcelona.
- Gluck, M. (2009). *Aprendizaje y Memoria: Del cerebro al comportamiento*. México: McGraw-Hill. En: Muñoz Olano, J. F. (2014). Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. *Enfoques*, 1(1).
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Goldstein, P.J. (1995) The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework en J.A. Inciardi & K. McElrath (eds.) *The American Drug Scene: An Anthology*. Los Angeles. Roxbury Publishing Co.
- Gómez Garvía, E. (2015). Drogas y su relación con la delincuencia. (Trabajo Fin de Grado). Alicante. Facultad de Derecho. Grado en Criminología. Disponible en:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas\\_de\\_abuso\\_influencia\\_sobre\\_e\\_l\\_comportamiento\\_de\\_GOMEZ\\_GARVI\\_ESTEFANIA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas_de_abuso_influencia_sobre_e_l_comportamiento_de_GOMEZ_GARVI_ESTEFANIA.pdf).

- Gómez, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos Adictivos*; 8(4), 251-60.
- González, M. (2012). Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención. (Tesis Doctoral). Madrid. Universidad Complutense.
- González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Vega, M. C. y López-Fernández, O. (2016). Diferencias psicopatológicas en mujeres con Dependencia Emocional con y sin uso de sustancias ilegales comórbido. *Psiquiatría de enlace*, 39.
- Grant, B. F. y Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 39(3), 197-206.
- Grant, B.F. y Dawson, D.A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse* 10(2): 163-173.
- Greenfield, S. Back., K. Lawson, K. Brady (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, pp. 339–355 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>.
- Greenfield, S., Brooke, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, R. K. y Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>.
- Greer, G. (2001). *La mujer completa*. Barcelona. Editorial Kairós.
- Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: Changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(sup5), 327-343.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addictions: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Hearn, K. D., O'Sullivan, L. F., El-Bassel, N. y Gilbert, L. (2005). Intimate partner violence and monogamy among women in methadone treatment. *AIDS and Behavior*, 9(2), 177-186.
- Hedrich, D. (2000). Problem drug use by women. Focus on community-based interventions. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Pompidou Group.
- Hedrich, D. (2000): Problem drug use by women. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Lisboa. P-PG/ Treatment 3, Strasbourg.
- Heise, L.L. (1998). Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 4, 262-290.

- Hidalgo, M.I. y Redondo, A.M. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral IX* (2), 137-155.
- Hidalgo, M.I. y Redondo, A.M. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral IX*(2), 137-155.
- Hien, D. y Scheier, J. (1996). Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*(3), 227-231.
- Holguín, T.E., y Palacios, J.J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad. Una revisión de la bibliografía. *Salud Mental, 37*(1), 83-91.
- Horning, A.M., Salfati, G.C. y Crawford, K. (2010). Prior Crime Specialization and Its Relationship to Homicide Crime Scene Behavior Type. *Homicide Studies, 14*(4), 377-399. DOI: 10.1177/1088767910382833.
- Howard, K. A. S., Budge, S. L. y McKay, K. M. (2010). Youth exposed to violence: The role of protective factors. *Journal of Community Psychology, 38*(1), 63-79. doi:10.1002/jcop.20352.
- Hughes, K. (2007). Migrating identities: The relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health & Illness, 29*(5), 673-691.
- Ibáñez, M. (2007). Teorías explicativas de la violencia doméstica y Conceptualización de la violencia doméstica. Curso-Máster Intervención en violencia contra las mujeres. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Igra, V. y Irwin Jr, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. *In Handbook of adolescent health risk behavior* (35-51). Springer US.
- Igra, V. y Irwin Jr, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. *In Handbook of adolescent health risk behavior*, 35-51. Springer US.
- III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres. Sigma Dos, S.A. para el Instituto de la Mujer. Abril de 2006. En: <http://www.usc.es/export/sites/default/gi/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.I M.pdf>.
- Ilgen, M., Moose, R. (2006). Exacerbation of psychiatric symptoms during substance use disorder treatment. *Psychiatric Services, 57*(12): 1758 -1764.
- Inciardi, J. A. (1990). *Handbook of drug control in the United States*. Greenwood Publishing Group.
- Informe Salud y Género (2006). Las edades centrales de la vida. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*(7), 748-751.

- Instituto de la Mujer (2002). *Violencia contra las mujeres*. Madrid. Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2002): *Mujeres y drogas*. Instituto de la Mujer. Madrid.
- Instituto de la Mujer (2006). III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/violencia%20final.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/violencia%20final.pdf).
- Instituto Spiral (2010). Adición y Mujer. Instituto de la Mujer. Madrid. Disponible en: <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/>.
- Ironstone-Catterall, P., McDonough, P., Robertson, A., Payne, B., Rahder, B., Shaver, F., & Wakewich, P. (1998). Feminist research methodology and women's health: a review of literature. National Network on Environments and Women's Health.
- Ito, T.A., Miller, N., Pollock, V.E. (1996). Alcohol and aggression: a meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues, triggering events, and self-focused attention. *Psychol Bull*, 120, 60–82.
- Jackson, A., & Shannon, L. (2015). Factors associated with the chronicity of intimate partner violence experiences among pregnant women in detoxification services. *Women & Health*, 55(8), 883-899. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2015.1061090>.
- Jaffee, S. y Kohn, A. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735512>
- Jaquier, V., Flanagan, J. C. y Sullivan, T. P. (2015). Anxiety and posttraumatic stress symptom pathways to substance use problems among community women experiencing intimate partner violence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(4), 445-455.
- Jiménez, E. (2015). Jóvenes, género y violencias: hagamos nuestra la prevención: Una guía de apoyo para la formación de profesionales (Vol. 68). Publicacions Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Universidad de Tarragona.
- Jiménez, M.A. (2005) Los antecedentes familiares cuadruplican el riesgo de alcoholismo. Noticia en prensa.- [www.abc.es](http://www.abc.es). Lunes 10 de enero de 2005. Madrid. Disponible en: [http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-01-2005/abc/Sociedad/los-antecedentes-familiares-cuadruplican-el-riesgo-de-alcoholismo\\_9631371417268.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-01-2005/abc/Sociedad/los-antecedentes-familiares-cuadruplican-el-riesgo-de-alcoholismo_9631371417268.html).
- Joel, D. (2011). Male or female? Brains are intersex. *Frontiers in integrative neuroscience*, 5, 57.
- Joel, D. (2012). Genetic-gonadal-genitals sex (3G-sex) and the misconception of brain and gender, or, why 3G-males and 3G-females have intersex brain and intersex gender. *Biology of sex differences*, 3(1), 1.
- Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y. y Liem, F. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(50), 15468-15473.

- Kaplan, S. (2011). *The Routledge Spanish Bilingual Dictionary of Psychology and Psychiatry*. Taylor & Francis. ISBN 978-11-3677-120-0.
- Kaskutas, L. A., Zhang, L., French, M. T. y Witbrodt, J. (2005). Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*, 100(1), 60-69. En: C. Meneses, (2007). Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia. Intervención en drogodependencias con enfoque de género, Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 17-27.
- Katz, L. 1982. Counsellors learn to help violent alcohol abusers. NIAAA. *Information and Feature Service*, 96 (2).
- Kaufmann, V. G., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Murphy, M. M. y Muchowski, P. (2014). Alcohol consumption and partner violence among women entering substance use disorder treatment. *Psychology of addictive behaviors*, 28(2), 313-321.
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E. y Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive behaviors*, 32(6), 1272-1283.
- Kendler, K. S., Edwards, A., Myers, J., Cho, S. B., Adkins, A. y Dick, D. (2015). The predictive power of family history measures of alcohol and drug problems and internalizing disorders in a college population. *American Journal of Medical Genetics Part B. Neuropsychiatric Genetics*, 168(5), 337-346.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., ... y Vega, W. A. (2014). Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psiquiátrica Fennica*, 32. 62-79. En: Informe anual 2004: El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Disponible en: <http://www.annualreport.emcdda.eu.int/es/page120-es.html>.
- Kinard, E. (2004). Methodological Issues in Assessing The Effects of Maltreatment Characteristics on Behavioral Adjustment in Maltreated Children. *Journal of Family Violence*, 19(5), 303-318. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AJOFV.0000042080.98027.ae>.
- Knudsen, D. D. (1988). Child maltreatment over two decades: Change or continuity? *Violence and Victims*, 3(2), 129-144.
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 532-539. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.010>.
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (2013). Screening on perpetration and victimization of intimate partner violence (IPV): Two studies on the validity of an IPV screening instrument in patients in substance abuse treatment. *PLoS One*, 8(5) doi:<http://dx.doi.org/10.1371>.
- Laespada, M.T., Iraurgi, I. y Arostegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).

- Lafuente, O. (2009). *Las Sombras de la condición humana: factores implicados en la violencia de grupos de riesgo*. (Tesis Doctoral). Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
- Lagarde, M. (1989): *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*, 2ª reimpresión 2003, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid. Editorial Horas y horas.
- Lagarde, M. (2000): *Claves feministas para la autoestima de mujeres*, Horas y horas, Colección de Cuadernos Inacabados, 39. Madrid.
- Lagos, J. (1987). *Contra-cultura y provocación*. Buenos Aires. Editorial Al frente.
- Lagunas, D. (2015). Orígenes biológicos del poder, domesticación y naturalización de la niñez. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 111-122.
- Lalonde (1974). En P. Ortiz y E. Clavero (2015). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 64(2), 121-144.
- Laurent, E. (2014). La crisis post-DSM y el psicoanálisis. *Freudiana: Revista psicoanalítica publicada en Barcelona bajo los auspicios de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*, (72), 23-40. Disponible en: [http://www.latigolacanian.com/assets/texto-pdf-e.-laurent-\(espa%C3%B1ol\)-la-crisis-post-dsm.pdf](http://www.latigolacanian.com/assets/texto-pdf-e.-laurent-(espa%C3%B1ol)-la-crisis-post-dsm.pdf).
- Lev-Wiesel, R., Shuval, R. (2006). Perceived causal and treatment factors related to substance abuse: gender differences. *European Addiction Research*, 12, 109-112.
- Ley 18/1998 del País Vasco sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/pv-118-1998.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/pv-118-1998.html).
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>.
- Liebschutz, J. M., Mulvey, K. P. y Samet, J. H. (1997). Victimization among substance-abusing women: Worse health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 157(10), 1093-1097.
- Lindsay, A., Warren, C., Velasquez, S. y Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The Healthy Steps to Freedom program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 61–69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.027>.
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-135.
- López Martínez, M.P. (2015). *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patronos de Respuesta*. (Tesis Doctoral). Murcia. Universidad de Murcia.

- López-Araquistáin, L., Cardoner, N., Urretavizcaya, M. (2006). Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos. *Psiquiatría y mujer*, 215-245.
- Luque, E. (2011). Patología dual grave en una Comunidad Terapéutica dotada de Unidad Psiquiátrica. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- MacCoun, R. y Reuter, P. (2002). The Varieties of Drug Control at the Dawn of the Twenty-First Century. *Annals*, 582, 7–195.
- Macy, R. J., Renz, C. y Pelino, E. (2013). Partner Violence and Substance Abuse Are Intertwined Women's Perceptions of Violence–Substance Connections. *Violence against women*, 19(7), 881-902.
- Marín, O. D. (2011). La Psicología Dinámica en el Tratamiento de la Farmacodependencia: Conceptualización y Metodología en Consulta Privada e Institucional. *Poiésis*, 22, 1-20.
- Marina, J.A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona. Editorial Anagrama Compactos.
- Marina, J. A. (2011). Pequeño tratado de los grandes vicios. Anagrama.
- Marina, J. A. (2005). Precisiones sobre la educación emocional. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (54), 27-44.
- Marina, J. A. y Válgoma, M. de la (2000). *La lucha por la dignidad. Teoría de la felicidad política*. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Maroto, G. (Coords) (2015). Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía. Conocimientos, expectativas y propuestas de intervención. Consejería de Igualdad. Secretaría General de Políticas Sociales. Escuela Andaluza de Salud pública. Junta de Andalucía.
- Martens, J. (1999). La mujer en la Comunidad Terapéutica. *Revista Proyecto*, 30, 11-14.
- Martín, A. (2015). Las mujeres presas como delincuentes y víctimas. Necesidad de implementación de programas penitenciarios dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Martínez Redondo, P. (2010). Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD.
- Martínez, P. (2008): Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Asecedi. Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias. Disponible en: <http://www.asecedi.org/docs/GENERO.pdf>.
- Martínez, P. (2009). Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a Mujeres en las redes de atención. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/220.pdf>.

- Martínez-Vargas, A. Z. (2002). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. CEDRO, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Mason, R. y O'rinn, S., E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: A scoping review. *Global Health Action*, 7  
doi:<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24815>
- Mattson, C. A. y Pietz, C. A. (2015). Substance abuse and violence. Violent offenders: *Understanding and assessment* (50-76) Oxford University Press. New York.
- Matud, M.P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., ... y Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342-348.
- McKinney, C. M., Caetano, R., Rodriguez, L. A. y Okoro, N. (2010). Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4), 655-658.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y Heroína: Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina.* (Tesis Doctoral). Granada. Universidad de Granada.
- Meneses, C. (2002a). ¿Una atención específica para mujeres drogodependientes?. Reflexiones para el debate. *Proyecto hombre*, 43, pp. 5-9.
- Meneses, C. (2002b). Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas. En *II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*. Madrid.
- Meneses, C. (2007). Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia. Intervención en drogodependencias con enfoque de género, Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 17-27.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
- Merino, P. P. (2000): *Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea.* I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid. 2000. Disponible en: [http://www.institutospiral.com/\\_vti\\_bin/shtml.exe/formulario.htm](http://www.institutospiral.com/_vti_bin/shtml.exe/formulario.htm) [Consulta 7 Mayo 2010].
- Mesa-Gresa, P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.

- Mignone, T., Klostermann, K. y Chen, R. (2009). The relationship between relapse to alcohol and relapse to violence. *Journal of Family Violence*, 24(7), 497-505.
- Milkman, H., Weiner, S. E. y Sunderwirth, S. (1984). Addiction relapse. *Advances in alcohol & substance abuse*, 3(1-2), 119-134.
- Miller, B. A., Downs, W. R. y Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, (11), 109-117.
- Milner, J.S. (1993): Social information processing and physical child abuse, *Clinical Psychology Review*, 13(3), pp. 275-294.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.
- Miranda, J. J. F. y Gómez, C. P. (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Socidrogalcohol.
- Molina Ruiz, R. M. (2015). Un estudio de Neuroimagen en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Análisis del procesamiento emocional en relación con los antecedentes traumáticos. (Tesis Doctoral). Madrid. Universidad Complutense de Madrid.
- Moncrieff, J.; Drummond, D.C.; Candy, B.; Checinski, K.; Farmer, R. (1996): Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behavior, *British Journal of Psychiatry*, 169, 355-360; En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Rotheram-Borus, M.J.; Mahler, K.A.; Koopman, C.; Langabeer, K. (1996): Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3) pp. 390-400. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Money, J. y Ehrhardt, A. A. (1982). Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde de la concepción hasta la madurez. Editorial Morata.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y Salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl.1, 175-181.
- Morales, A. y Espada, J. P. (2016). Binomio sexo y alcohol: implicaciones para la salud sexual de los adolescentes. Poniendo otras miradas a la adolescencia. *Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología*, 31.

- Morse, J. y Richards, L. (2002). *Read me first for a user's guide to qualitative research*. CA, US: Sage Publications Thousand Oaks.
- Moscoso, M. (2015). Medición psicométrica de la expresión de la ira y hostilidad. *Revista de Psicología*, 16(2), 41-53.
- Mosterín, J. (2008). *La naturaleza Humana*, Barcelona, Austral Espasa.
- Mosterín, J. (2010). Cultura y violencia. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 42, 23-43.
- Moya, A. (2004). Bases neuronales de la violencia humana. *Revista de Neurología*, 38, 67-75.
- Moya, J. G., Zurián, J. C. V., Caramés, T. G., Navarro, S. T. y Mosterín, J. G. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(3), 237-244.
- Moya, J. G., Zurián, J. C. V., Navarro, S. T., Caramés, T. G., Duato, E. C. y Saiz, A. (2008). Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales. *Revista española de drogodependencias*, (2), 180-194.
- Muela Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-87.
- Muñoz Olano, J. F. (2014). Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. *Enfoques*, 1(1).
- Murphy, C. M. y Ting, L. (2010). The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 325-333.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. y Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3), 528-540.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. y Feehan, M. (2005). Alcohol consumption and intimate partner violence by alcoholic men: comparing violent and nonviolent conflicts. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 35-42.
- Musayón, Y. y Caufield, C. (2005). Consumo de drogas e violência no trabalho feminino Zapallal-Lima/Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe2), 1185-1193.
- Naciones Unidas (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos*. Estudio del Secretario General. ISBN-10: 92-1-330196-0. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>.
- Nadeau, L. (1987). ¿Cuándo la comunidad terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?. *Revista española de drogodependencias*, 12(2), 117-129.
- Nairn AC, Svenningsson P, Nishi A, Fisone G, Girault JA, Greengard P (2004). The role of DARPP-32 in the actions of drugs of abuse. *Neuropharmacology*, 47, 14-23.
- Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M. y Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 29(4), 707-715.

- Navas, M. C. (2016). La investigación feminista y la perspectiva de género. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 1(1).
- Neale, J. (2004). Gender and illicit drug use. *British Journal of Social Work*, 34, 851–870.
- Nogueiras, B., Arechederra, A., Bonino, L. (2002): Atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres, Instituto de la Mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Norwood, R. (1986). Las mujeres que aman demasiado. Buenos Aires. Editorial Vergara.
- O'Brien, C.P. y McLellan, A.T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 347, 237-240.
- Ochoa, E., (n.d.) Aspectos diferenciales en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Salud mental y género en la práctica clínica. Madrid. Universidad de Alcalá.
- OEDT (2012). Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>.
- OEDT (2015). Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf).
- Oertelt-Prigione, S., Parol, R., Krohn, S., Preißner, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2010). Analysis of sex and gender-specific research reveals a common increase in publications and marked differences between disciplines. *BMC medicine*, 8(1), 1.
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B. F., Lin, K. H. y Blanco, C. (2011). Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychiatr Serv*, 62(8), 959-962.
- Olmeda, Amparo y Frutos, Isabel (2010): *Teoría y Análisis de Género. Guía metodológica para trabajar con grupos*, Asociación Mujeres Jóvenes, Madrid.
- OMS (2002). Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.
- OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. ISBN 92 4 154562 3. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).
- .OMS (2006). Organización Mundial de la Salud. Guía práctica de salud mental en desastres. Serie Manuales y Guías sobre desastres. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/paho\\_guia\\_practicade\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf).
- OMS (2007). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2007/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2007/es/).

- OMS (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Disponible en:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
- OMS (2015). Género. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>.
- OMS (2015). Organización Mundial de la Salud. Boletín 93:743. Dra. Veronica Magar. Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/news/gender-health-sdgs/es/>.
- ONU (1972). Convención Única de 1961 sobre Estupefacciones. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf).
- ONU (1972). Convención Única de 1961 sobre estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Disponible en [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf).
- ONU (1989). Convención de los Derechos del Niño. Disponible en:  
<http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>.
- ONU (2002). Integración de los derechos humanos de la mujer en todo el sistema de las Naciones Unidas. Ginebra: 2002. Disponible en:  
[http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu2/2/59chr/resumen/item12\\_sp.doc](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu2/2/59chr/resumen/item12_sp.doc).
- ONU (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina de las Naciones Unidad contra las drogas y el Delito. Viena.
- ONU (2006a): Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. Disponible en:  
[http://www.crin.org/docs/SG\\_violencestudy\\_sp.pdf](http://www.crin.org/docs/SG_violencestudy_sp.pdf).
- ONU (2006b). Informe: Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos. Estudio del Secretario General de Naciones Unidas.
- ONU (2013). Salud Mental: un estado de bienestar. Disponible en:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
- ONUDD (2005): Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer, Estudios monográficos y experiencia adquirida, Naciones Unidas, Viena.
- Orte, C. (2000): Sexualidad en la mujer adicta, I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 29-41. Instituto de la Mujer. Disponible en:  
[http://www.institutospiral.com/\\_vti\\_bin/shtml.exe/formulario.htm](http://www.institutospiral.com/_vti_bin/shtml.exe/formulario.htm).
- Ortiz Gálvez, A.A. (2015) Prácticas educativas paternas y Agresión. Trabajo fin de grado. Julio, 2015. Disponible en:  
[http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1965/1/Ortiz\\_Glvez\\_Asuncin\\_Agustina\\_\\_TFG\\_Psicologa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1965/1/Ortiz_Glvez_Asuncin_Agustina__TFG_Psicologa.pdf).

- Ortíz García, P. y Clavero Mira, E. (2015). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso.
- PAHO (2002). Gender Equity in Health», Women, Health and Development Program. Disponible en: <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/GenderEquityinHealth.pdf>.
- PAHO (2002). Pan American Health Organization. Health in the Americas, p. 1128. ISBN 978-92-7531-587-3.
- Palacios, J.L. (2001). Las técnicas cualitativas de investigación social en la medición de la calidad de los servicios públicos. Una aproximación teórica y metodológica. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, 4, 85-100.
- Palacios, L. (2002). Abordaje Psicoterapéutico de la adicción femenina. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Fundación Instituto Spiral. Madrid. pp. 279-291. Disponible en: [http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/Abordaje\\_psicoterapextico\\_de\\_la\\_adiccixn\\_femenina.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/Abordaje_psicoterapextico_de_la_adiccixn_femenina.pdf).
- Pallarés Domínguez, D. V. (2011). La neurociencia aplicada al estudio del género: ¿una nueva perspectiva?. *Fòrum de Recerca*, (16), 17-36.
- Palomino, P.A., Grande, M.L. y Linares, M. (2014) La salud y sus determinantes soiales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra-1); 45-70.
- Pantoja, L. (2007) (dir.) *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes*, Avances en Drogodependencias, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Pardo, L. S. (2008). Guía informativa: género y drogas: Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Servizo Galego de Saúde.
- Patró Hernández, R. y Limiñana Gras RM. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17.
- Paz, P. (2003): Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica: Evaluación de Programas de Intervención, Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I, Madrid, 2003, ISBN: 84-669-239.
- Pérez, F. y Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 144-149.
- Pérez, J. (2006). Diferencias de género y trastornos afectivos. Ponencia 1er Congrés Català de Dona i Salut Mental. 14 i 15 de desembre, 2006. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau (Barcelona). Documento sin publicar.
- Pérez, L. S. (2016). Relevancia pragmática de la Función Performativa del Lenguaje. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de la Laguna.

- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. *Manual de psiquiatría*, 403-417.
- Perrone, R. (2001). La génesis de la violencia, la ley y la interacción violenta. *Perspectivas Sistémicas*(67), 5-9.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Peters, E. N., Khondkaryan, E. y Sullivan, T. P. (2012). Associations between Expectancies of Alcohol and Drug Use, Severity of Partner Violence, and Posttraumatic Stress among Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2108-2127.
- Pham, K.T. (2000). The relationship among child abuse potential, marital satisfaction and domestic violence: Using child abuse potential to predict domestic violence, Dissertation Abstracts International, Section B. *The Sciences & engineering*, 61(3-A), p. 898.
- Pisano, A. C. G. y Fernández, L. A. (2015). Contribuciones, evidencia de la Investigación Cualitativa a la Salud Comunitaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(3), 7-18.
- Pitkänen, T., Lyyra, A.-L. y Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: A follow-up study from age 8–42 for females and males. *Addiction*, 100, 652-661.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., & Hernández-Torres, E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 415-420.
- Prather, J. E. y Fidell, L. S. (1978). Drug use and abuse among women: An overview. *International journal of the Addictions*, 13(6), 863-885.
- Prochaska, J. y Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Ramírez Serrano, L.A. (2007). El Funcionamiento familiar en Familias con Hijos Drogodependientes. (Un análisis etnográfico). (Tesis Doctoral). Valencia. Universidad de Valencia.
- Ramírez, C. (2003). La transmisión intergeneracional. La clase del vínculo y los factores intrapersonales como predictores de la coocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes. Universidad Católica de Colombia. Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 51-69.
- Ramos-Lira, L. (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones, Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf) También en: *Rev. Libber Addictus*, 50, junio, 27-31.
- Ravazzola, M.C. (1996). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Reed, B. G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult?. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2), 151-164.
- Reed, B.G. (1987). Developing women sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult?. *Journal of Psychoactive Drugs* 19(2): 151-64.
- Rivera de la Fuente, V. A. (2015). Relatos hermenéuticos y activismo feminista en el Islam: hacia una Teología de la mujer musulmana como “sujeta” política. *Mandrágora*, 21(21), 19-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0985/mandragora.v21n21p19-45>.
- Roberts, G.L.; Williams, G.M.; Lawrence, J.M.; Raphael, B. (1998): How does domestic violence affect women’s mental health? *Women and Health*, 28(1), 117-119. En L. Ramos-Lira, (2000). *Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas*. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Rodríguez, 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, F.J., Rodríguez, L., Antuña, M.A. (2000). Maltrato en la mujer adicta: análisis para la intervención. I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Instituto de la Mujer. Madrid.
- Romo, N. (2005a). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Monografías Humanitas, 5. Uso de drogas y drogodependencias, 70-83. Disponible en: [http://www.grupigia.com/descargas/IEC02\\_humanidadesmedicas.pdf](http://www.grupigia.com/descargas/IEC02_humanidadesmedicas.pdf).
- Romo, N. (2005b). Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas.
- Romo, N. (2006). Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas. En J. C. Pérez de los Cobos (eds.). Tratado SET de trastornos adictivos, Médica Panamericana, Madrid.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, (3), 269-272.
- Romo, N. y Gil, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 243-250.
- Romo, N., Vega Fuente, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I. y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista española de drogodependencias*, 4, 372-379.
- Roncero, C. y Casas, M. (2004): Tratamiento de la psicopatología asociada a la adicción femenina. II Symposium nacional tratamiento de adicción en la mujer. Disponible en en: <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes/Miguel%20Casas.htm>.
- Rosenfield, S. y Mouzon, D. (2013). Gender and mental health. In Handbook of the sociology of mental health (pp. 277-296). Springer Netherlands.

- Rossi, M. y Bucheli, M. (2015). Actitudes sobre la violencia hacia la pareja y roles de género de las mujeres uruguayas.
- Rubin, G (1975). The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex. Rayna R, Reiter (eds.), *Towards an antropology of Women*, 167-168.
- Rubio G, López-Muñoz, F., Álamo, C., Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Editorial medica Panamericana S.A. 1ª Ed. 257-72.
- Rubio, G. y Escobar, Y. (2002). Manual de Drogodependencias para Enfermería. Madrid. Editorial Díaz de Santos. p.259.
- Ruiz Cantero, M. T. (s.n.). El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo\\_11.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf).
- Ruiz, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Serie Ciencias Sociales, Vol. 15. Universidad de Deusto.
- Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27(1), 1-6.
- Sabbah Aít, Fatna (2000). *La mujer en el inconsciente musulmán*. Traducción: Inmaculada Jiménez Morell. Editorial Del oriente y del mediterráneo. Madrid.
- Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 121-127.  
 doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.011>.
- Salter, M. y Breckenridge, J. (2014). Women, trauma and substance abuse: Understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International Journal of Social Welfare*, 23(2), 165-173.
- Salvador, R. (2015). *Violencia de Género en España, Francia, Reino Unido e Italia. ¿Un concepto global?*. Madrid. Editorial Dykinson.
- San, L., Arranz, B., Arrojo, M., Becoña, E., Bernardo, M., Caballero, L., ... y Garriga, M. (2016). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. *Adicciones*, 28(1), 3-5.
- Sánchez L, Navarro B, Valderrama JC. (2004). Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Alicante: Sociedad Española de Toxicomanías.
- Sánchez L., Bolaños E., De Vicente, P. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León. Valladolid.

- Sánchez, Dolores. (2003). El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría "la mujer" (Tesis doctoral). Granada, Universidad de Granada.
- Sánchez, L. (s.d.). Drogas y perspectiva de género. Documento marco, Plan de atención a la salud de la mujer de Galicia, Xunta de Galicia. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>.
- Sánchez, L., de Vicente, P., Bolaños, E. (2010). Necesidades terapéuticas de mujeres atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León. España. Junta de Castilla y León.
- Sánchez-Pardo, L. (2008). Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde.
- Santis, R. y Casas, M. (1999). Diagnóstico Dual. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera, España.
- Santos, M., García, L., Bernardo, A., Quijano, E. y Sánchez, L. (2010). Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico. *Trastornos Adictivos*, 12(3), 109-117.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: Poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), pp. 27-65.
- Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*, 91, 1053-1075. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sexualidad/UNIDAD%20II/scott.pdf>.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Servicio Nacional de la Mujer (2012). Orientaciones Técnicas. Modelo de Intervención. Centros de la Mujer. Unidad de Violencia Intrafamiliar. Programa Chile Acoge. Gobierno de Chile. Disponible en: [https://www.sernam.cl/descargas/002/doc/Orientaciones\\_Tecnicas\\_Centros\\_Mujer\\_2012.pdf](https://www.sernam.cl/descargas/002/doc/Orientaciones_Tecnicas_Centros_Mujer_2012.pdf).
- Simonelli, A., Pasquali, C. E. y Palo, F. D. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>.
- Simón-Lorda, P. y Barrio-Cantalejo, I. M. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418-423.
- Sirvent, C. y Moral, M. V. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. *Anales de Psiquiatría* 23(3), 92-93.
- Sluzki, C. (1994). Violencia familiar y violencia política. En Fried Schnitman, D. 1994, Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E. y Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236-245. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0024855>.
- Soldino, V., Romero-Martínez, Á. y Moya-Albiol, L. (2016). Violent and/or delinquent women: a vision from the biopsychosocial perspective. *Anales De Psicología*, 32(1), 279-287. doi:10.6018/analesps.32.1.182111.
- Spiral (1995). *La Mujer Drogodependiente: Características, Tratamiento y Estudio de Evaluación*. Fundación Instituto Spiral, Madrid. Disponible en: <http://www.institutospiral.com/>.
- Spiral (2002). *La adicción según el género*. Instituto Spiral. Madrid.
- Stanton, M., y Todd, T. (1985). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Steinem, G. (1.995) *Revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima*. Barcelona. Editorial. Anagrama, Educación sentimental.
- Stith, S. y Farley, C.C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8(2), 183-201.
- Stith, S.M. y Rosen, K.H. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar*, 27-47. Bilbao: DDB (Original 1990).
- Stocco, P. (2004) *La Perspectiva de Género en el Abordaje Preventivo y Asistencial de las Toxicodependencias*. Lasdrogas.info-ieanet.com. Instituto para el estudio de las adicciones. Disponible en:<http://www.lasdrogas.info/opiniones/149/la-perspectiva-de-genero-en-el-abordaje-preventivo-y-asistencial-de-las-toxicodependencias.html>.
- Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A. y Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea. Venecia.
- Stoller, R. (1964). Una contribución al estudio de la identidad de género. *La revista internacional de psicoanálisis* 45, 220.
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J. y Temple, J. R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use y Misuse*, 49, 1298-1317.
- Suárez, A. L., Esquerré, S. F., i Cabacés, T. B. y Aritzeta, I. P. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, (20), 9-22.

- Susinos, T. y Parrilla, Á. (2016). Investigación Inclusiva en tiempos difíciles. Certezas provisionales y debates pendientes. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(2).
- Svenningsson, P., Nishi, A., Fisone, G., Girault, J. A., Nairn, A. C. y Greengard, P. (2003). DARPP-32: an integrator of neurotransmission. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 44, 269-296.
- Swendsen, J. y Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216(1), 73-85.
- Szerman Bolotner, N. (2007). Antipsicóticos en esquizofrenia dual. En Szerman, N., Álvarez Vara, C. y Casas, M. (eds). *Temas en Patología Dual. Patología Dual en Esquizofrenia. Opciones Terapéuticas*. Barcelona. Editorial Glosa.
- Szerman, N., Casas, M. y Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(6), 319-29.
- Szerman, N., Expertos, C., Torrens, M., Basurte, I., Ramírez, J. y Martínez-Raga, J. (2015). Patología Dual y psicosis. *Revista de Patología Dual* 2(2), 10-12.
- Theidon, K. (1995): Taking a hit: pregnant drug users and violence. *Contemporary Drug Problems* 22 (4), pp.663-686. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: [http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6\\_2008/90827027\\_06\\_2008.pdf](http://www.uch.ceu.es/principal/gestionarblogsCeu/imagenesBlog/6_2008/90827027_06_2008.pdf).
- Thomas, M. D., Bennett, L. W. y Stoops, C. (2013). The treatment needs of substance abusing batterers: a comparison of men who batter their female partners. *Journal of Family Violence*, 28(2), 121-129.
- Timko, C., Valenstein, H., Lin, P. Y., Moos, R. H., Stuart, G. L., & Cronkite, R. C. (2012). Addressing substance abuse and violence in substance use disorder treatment and batterer intervention programs. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 7(1), 1.
- Tobeña, A. (2003). Anatomía de la agresividad humana. De la violencia infantil al belicismo”, Colección ensayo ciencia. Barcelona. Editorial Debolsillo.
- Torrado, E. y Pedernera, L. (2015). La Prostitución desde la Perspectiva de la Demanda: Amarres Enunciativos para su Conceptualización (Prostitution from the Perspective of Demand: Declarative Moorings for Conceptualization). *Oñati Socio-Legal Series*, 5(5), 1382-1400.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G. y Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLOS one*, 7(12), e51740.
- Tubert, S. (2007): *La perspectiva de género en la atención de mujeres drogodependientes. Intervención en drogodependencias con enfoque de género*, Delegación del Plan nacional sobre Drogas. Disponible en:

[http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Intervencion\\_en\\_drogodependencias.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Intervencion_en_drogodependencias.pdf)

- Uhl, G.R., Drgon, T., Johnson, C., Fatusin, O.O., Liu, Q.R., Contoreggi, C. et al (2008). "Higher order" addiction molecular genetics: convergent data from genome-wide association in humans and mice. *Biochemical Pharmacology* 75(1): 98-111.
- Urazan, J. y Avila, N. (2015). Análisis neuroforense de la violencia: Propuesta de revisión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 10(1), 50-54.
- Urbano, A. (2006). El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en tratamiento residencial. *Trastornos adictivos*, 8(4), 276-281.
- Urbano, A. (2008). Aproximación al estudio sobre violencia, drogas y género. Estudio comparativo sobre violencia contra mujeres y hombres drogodependientes. Tesis Fin de Master. Intervención en Violencia contra las mujeres. Facultad de CCPP y Sociología de la Universidad de Deusto. Directora: María Silvestre.
- Urbano, A. (2010). Análisis comparado desde el sistema género de las diferencias sociodemográficas, factores de riesgo familiares e impacto del tratamiento en mujeres y hombres drogodependientes en tratamiento residencial. Tesis fin de Máster Estudios feministas y de género. EHU-UPV. Director: Pedro Manuel Martínez Monje.
- Urbano, A. (2010). La Comunidad Terapéutica como metodología de intervención en toxicomanías. Análisis descriptivo de la C.T. Manuene. Servicios Vasco de Salud-Osakidetza. Dirección: Juan Antonio Abejón.
- Urbano, A. (s.d.). Epidemiología del consumo de sustancias, episodios de urgencias hospitalarias y admisiones a tratamiento. Aproximación al análisis desde el sistema sexo-género. Documento sin publicar. Bilbao. Universidad del País Vasco. UPV-EHU.
- Urbano, A., Arostegui, E., Abejón. (2012). Estudio Longitudinal sobre el perfil de usuario-a del Sistema Vasco de Salud Mental de la Red pública Vasca-Osakidetza. Análisis de las diferencias por sexos y posibles desigualdades por razón de género. Emakunde. Disponible en:  
[http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_subvencionada/s/es\\_def/adjuntos/beca.2012.2.salud.mental.genero.pdf](http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_subvencionada/s/es_def/adjuntos/beca.2012.2.salud.mental.genero.pdf).
- Urbiola, I. y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de adolescentes y jóvenes. *Psicología Conductual*, 23(3), 571.
- Velásquez, S. (2003). Violencias Cotidianas, Violencias de Género. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Ventura, A., Durán, P., Vicente, F., Esquembre, M., García, S., Garrigues, A. y Senent, M. J. (2007). El derecho a la protección social de las víctimas de la violencia de género. Estudio sistemático del título II de la L. O. 1/2004, de 28 de diciembre, de protección integral contra la violencia de género de acuerdo con la distribución territorial del Estado, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Disponible en: <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/51592.pdf>.

- Vicent, V. G., Pelayo, R. R. C., Extremera, B. G. y Fuentes, E. L. (2012). Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica.
- Vicente, R. Y Mirasso, C. R. (2012). Cuando las neuronas sincronizan sus relojes. *Mente y cerebro*, 53, 62-71.
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J., Rodríguez, F. y Martín, J. L. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 219–226.
- Villegas, M. y Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciadas de maltrato de pareja. *Revista Textos-&Sentidos*, 7, 10-29.
- Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S. y Tomasi, D. (2015). Addiction Circuitry in the Human Brain. *FOCUS*.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Logan, J., Gatley, S. J., Gifford, A., ... y Pappas, N. (2014). Prediction of reinforcing responses to psychostimulants in humans by brain dopamine D2 receptor levels. *American Journal of Psychiatry*.
- Wagner, K. D., Hudson, S. M., Latka, M. H., Strathdee, S. A., Thiede, H., Mackesy-Amity, M. E. y Garfein, R. S. (2009). The effect of intimate partner violence on receptive syringe sharing among young female injection drug users: an analysis of mediation effects. *AIDS and Behavior*, 13, 217-224. doi: 10.1007/s10461-007-9309-5.
- Walter, E. (1979). En Salgado Pino, Mauricio. Satisfacción en participantes de un tratamiento psicoterapéutico grupal para hombres que ejercen violencia basado en el enfoque gestáltico. Santiago de Chile. Junio 2004. Disponible en: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/salgado\\_m/sources/salgado\\_m.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/salgado_m/sources/salgado_m.pdf).
- Weaver, T. L., Gilbert, L., El-Bassel, N., Resnick, H. S. y Noursi, S. (2015). Identifying and intervening with substance-using women exposed to intimate partner violence: phenomenology, comorbidities, and integrated approaches within primary care and other agency settings. *Journal of women's health*, 24(1), 51-56.
- Weinsheimer, R. L., Schermer, C. R., Malcoe, L. H., Balduf, L. M., & Bloomfield, L. A. (2005). Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 58(1), 22-29.
- Westermeyer, J. y Boedicker, A.E. (2000). Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 26(4), 523-535.
- White, A. M. (2004). Substance use and the adolescent brain: an overview with a focus in alcohol. Disponible en: <http://www.alcoholinfo>.
- White, H. R. y Labouvie, E. W. (1994). Generality versus specificity of problem behavior: Psychological and functional differences. *Journal of Drug Issues*, 24(1), 55-74.

- White, H. R., Brick, J. y Hansell, S. (1993). A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 11, 62-77.
- Xie, H., McHugo, G. J., Helmstetter, B. S. y Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia research*, 75(2), 337-348. En: Szerman Bolotner, N. (2007). Antipsicóticos en esquizofrenia dual. En Szerman, N., Álvarez Vara, C. y Casas, M. (eds.). *Temas en Patología Dual. Patología Dual en Esquizofrenia. Opciones Terapéuticas*. Barcelona. Editorial Glosa.
- Zárate, S., Cardenas, F., Acevedo-Triana, C., Sarmiento-Bolaños, M. J. y León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1181-1214.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. Cuestionario**

# CUESTIONARIO DE OPINIÓN Y PERCEPCIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y DE PAREJA EN HOMBRES/MUJERES ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO POR DROGODEPENDENCIA

Estamos realizando una encuesta sobre la opinión y percepción de las relaciones familiares y de pareja que han tenido los hombres y las mujeres que acuden a programas de tratamiento para dejar el consumo de drogas o que acaban de finalizarlo.

Solicitamos su colaboración para que responda a estas preguntas de la forma más sincera posible. Sus respuestas serán totalmente anónimas. Según la Ley de Secreto Estadístico y la Ley de Protección de Datos se analizarán todos los datos en conjunto y de forma totalmente anónima.

Por favor, lea todas las opciones de respuesta antes de responder y marque con una X la opción correcta. Si tiene alguna duda, pregunte a la persona que le ha entregado este cuestionario.

**En esta primera parte, las preguntas se refieren a Vd y a su estado actual**

- Hombre**  
 **Mujer**

Tiene actualmente \_\_\_\_\_ años

**¿Qué nacionalidad tiene?**

- (1) Española
- (2) Sudamericana
- (3) Europea del este
- (4) Europea del oeste
- (5) Magrebí
- (6) Subsajariana
- (7) Otras

**¿Cuál es su etnia?**

- (1) Caucásica (blanca)
- (2) Gitana
- (3) Árabe
- (4) Negra
- (5) Otras

**Su situación laboral actual es:**

- (1) Activa. Estoy trabajando por mi cuenta
- (2) Activa. Trabajo en la Administración pública
- (3) Activa. Trabajo en empresa privada fijo
- (4) Activa. Trabajo en empresa privada eventual
- (5) Estoy parada/o con subsidio
- (6) Estoy parada/o sin subsidio
- (7) Soy estudiante
- (8) Soy ama/o de casa
- (9) Estoy jubilado/a, incapacitado/a o soy pensionista
- (10) Otras, especifica cuál \_\_\_\_\_
- (0) Ns/Nc

**¿Está actualmente de baja laboral?**

- (1) Sí     (2) No     (0) Ns/Nc

Número de Registro									
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
Diagnóstico de la Drogodependencia (CIE-10)									
1									
2									
3									
4									

**¿Los últimos estudios completos que ha realizado son?**

- (1) No tengo estudios
- (2) Leo y escribo
- (3) Estudios primarios (tengo Graduado Escolar o equivalente)
- (4) Estudios secundarios (ESO, FP, BUP, COU, Bachiller superior, Módulo profesional)
- (5) Estudios universitarios (tengo título medio o superior)

**¿Su estado civil es?**

- (1) Soltero/a
- (2) Casado/a
- (3) Estoy en pareja de hecho
- (4) Separado/a
- (5) Divorciado/a
- (6) Viudo/a

**¿Convive con...? Marca con más de una X si fuera necesario**

- (1) Padre
- (2) Madre
- (3) Hermanos
- (4) Pareja
- (5) Hijos-as
- (6) Sólo-a
- (7) Amigos-as
- (8) Otros-as familiares
- (8b) ¿quién/quienes son?  
\_\_\_\_\_
- (9) En institución
- (10) No tengo vivienda fija

**¿Dónde vive?**

- (1) Bizkaia
- (2) Gipuzkoa
- (3) Alava

**¿Dónde ha nacido su padre?**

- (1) En el país vasco
- (2) En otro lugar del estado
- (3) Fuera del estado español

**¿Dónde ha nacido su madre?**

- (1) En el país vasco
- (2) En otro lugar del estado
- (3) Fuera del estado español

**¿Dónde ha nacido Vd?**

- (1) En el país vasco
- (2) En otro lugar del estado
- (3) Fuera del estado español

**¿Tiene Vd. Hijos/as?**

- (1) Sí
- (2) No
- (0) Ns/Nc

**Cuántos hijos/as tiene?**  
\_\_\_\_\_

**¿Qué edad tienen?**

Hijo/a	Años cumplidos
1º	
2º	

**¿Quién los cuida?**

- (1) Está/n con Vd.
- (2) Está/n con la madre o el padre y no con Vd.
- (3) Con sus abuelos
- (4) En institución
- (5) Otros

**En ese domicilio donde Vd. vive, ¿quién es cabeza de familia?**

- (1) Vd. mismo/a
- (2) Su pareja
- (3) Vd. y su pareja por igual
- (4) Su padre/suegro/pareja de su madre
- (5) Su madre/suegra/pareja de su padre
- (6) Su hijo/a
- (7) Su hermano-a/cuñado/a
- (8) Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**¿Tiene a personas dependientes a su cargo?**

- (1) Sí
- (2) No
- (0) Ns/Nc

**En total, y contándose Vd. ¿cuántas personas conviven en su domicilio actualmente?**

Conviven \_\_\_\_\_ personas

**¿Qué persona aporta los mayores ingresos económicos en su hogar?**

- (1) Vd. mismo/a  
(2) Su pareja  
(3) Vd. y su pareja por igual  
(4) Su padre/suegro/pareja de su madre  
(5) Su madre/suegra/pareja de su padre  
(6) Su hijo/a  
(7) Su hermano-a/cuñado/a  
(8) Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**¿Tiene Ud. ingresos propios?**

- (1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**¿Cuál es el nivel de ingresos propios mensuales?**

- (1) Menos de 500 euros (3) De 1000 a 1500 euros (5) De 2000 a 2500 euros  
(2) De 500 a 1000 euros (4) De 1500 a 2000 euros (6) Más de 2500 euros

**Si llamamos *pareja* a la persona con la que ha mantenido relaciones afectivas y sexuales durante un tiempo determinado, en la actualidad...**

- (1) Tiene pareja (2) No tiene pareja (0) Ns./N.c

**Si actualmente tiene pareja, ¿Cuánto tiempo lleva con ella?**

Lleva \_\_\_\_\_ años (0) Ns./N.c

**¿Le apoya actualmente su pareja en su tratamiento?**

- (1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si tiene pareja actualmente ¿tiene alguna relación con las drogas?**

- (1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**¿De qué tipo?**

- (1) Tiene actualmente problemas con drogas (3) Antes tenía problemas, ahora no  
(2) No tiene problemas con drogas (0) N.s./N.c.

**En general, ¿cómo describiría Vd su relación con su pareja?**

- (1) Mucha tensión (2) Alguna tensión (3) Sin tensión

**¿Vd y su pareja resuelven sus discusiones con?**

- (1) Mucha dificultad (2) Alguna dificultad (3) Sin dificultad

**En el último año ¿ha tenido alguna pareja diferente a la actual?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Sí”, ¿cuántas parejas ha tenido en este último año? \_\_\_\_\_**

**Su/s anterior/res pareja/s (si la/s ha tenido) ¿qué relación ha/n tenido con las drogas?**

- (1) Algunas han tenido problemas, otras no (0)N.s./N.c.  
(2) Todas han tenido problemas con las drogas  
(3) Ninguna ha tenido problemas con las drogas

**Ahora se pregunta por su experiencia con las drogas**

**¿A qué edad empezó Vd. a consumir cualquier tipo de drogas?**

Tenía \_\_\_\_\_ años cuando comencé a consumir  
(0)Ns/Nc

**¿Con qué sustancia-s ha tenido Vd. problemas?**

- |                          |                            |                    |
|--------------------------|----------------------------|--------------------|
| (Sust1) Alcohol          | (Sust5) Cocaína            | (Sust9) Tabaco     |
| (Sust2) Benzodicepinas   | (Sust6) Speed/anfetaminas  | (Sust10)Otras      |
| (Sust3) Opiáceos/heroína | (Sust7) Drogas de síntesis | (Especificar)_____ |
| (Sust4) Cannabis         | (Sust8) Alucinógenos       |                    |

**¿A qué edad empezó Vd. a consumir la droga que le ha llevado al tratamiento?**

Empecé a consumir a los \_\_\_\_\_ años  
(0) Ns/Nc

**¿Cuánto consumía?**

- (1) Todos los días (4) 1 día o menos a la semana  
(2) 4-6 días a la semana (0) Ns/nc  
(3) 2-3 días a la semana

**¿Algún miembro de su familia ha tenido o tiene drogodependencia?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

Si ha contestado “Si”, complete con una X donde corresponda

	Padre	Madre	Hermanos-as (H)	Hijos/as (HJ)	Su pareja (P)	Otras personas (Especificar) (O)
Alcohol						
Benzodiazepinas						
Opiáceos/heroína						
Cannabis						
Cocaína						
Speed/anfetaminas						
Drogas de síntesis						
Alucinógenos						
Tabaco						
Otras (Especificar)						

**Sitúese ANTES DE TENER PROBLEMAS CON LAS DROGAS**

**ANTES DE TENER VD. PROBLEMAS CON LAS DROGAS** ¿Con qué frecuencia diría Vd. que alguna persona de su hogar (padre, madre, hijo-a, hermano-a, pareja, otros/as) ha tenido algunos comportamientos como los que se detallan a continuación en la columna de la izquierda? Marque con una X lo que corresponda.

	¿De qué persona se trata? ¿quién fue?							¿Con qué frecuencia lo hizo?		
	Padre	Madre	Herma no-a (h)	Hijo/s (hj)	Hija/s (hja)	Pareja (p)	Otra persona (o)	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3
(A11) Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos/as, vecinos/as										
(A22) Le ha quitado el dinero que otros ganan o no ha dado lo suficiente que se necesita										
(A34). Le ha amenazado o ha insultado										
(A47). Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que ud. no tiene ganas										
(A58).Decide las cosas que se puede o no puede hacer										
(A69).No tiene en cuenta las necesidades de Vd.										
(A710).En ciertas ocasiones le ha producido miedo										
(A813).Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear										
(A915).Le dice que no es capaz de hacer nada sin él o ella										
(A1016).Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe										
(A1122).Ironiza o no valora sus creencias o sus sentimientos										
(A1223).No valora el trabajo que realiza										
(A1325).Delante de sus hijos/as dice cosas para no dejarle en buen lugar										

**ANTES DE LLEGAR A TENER PROBLEMAS CON LAS DROGAS**, ¿ha vivido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado/a por algún familiar, por su pareja o por alguna persona de las que conviven/han convivido/se ha relacionado con Vd.?

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

Si ha respondido “Si”, marque con una X donde corresponda

	¿Con qué frecuencia?			¿Durante cuánto tiempo?		
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Durante menos de un año 3	De 1 a 5 años aproximadamente 2	Durante más de 5 años 1
(B1) Mi pareja						
(B2) Mis hijos/as y de mi pareja actual						
(B3) Mis hijos/as y de una persona diferente a mi actual pareja						
(B4) Mi padre/suegro /pareja de mi madre						
(B5) Mi madre/suegra/pareja de mi padre						
(B6) Mis hermanos/as, cuñados/as						
(B7) Ex pareja						
(B8) Vecino/a						
(B9) Compañero/a de trabajo						
(B10) Otras personas. Especificar _____						

¿En qué aspectos se ha sentido maltratado/a por esta/s persona/s? ¿qué paso?

---



---



---



---

Esa persona o alguna de esas personas que ha mencionado, ¿tiene o tenía algún problema de los que le cito a continuación?

	SI 1	NO 2	Ns/Nc 0
(C1) Bebía demasiado			
(C2) Consumía drogas			
(C3) Estaba en paro			
(C4) Tenía problemas psicológicos			
(C5) Era violento por naturaleza			
(C6) Había sufrido maltrato en la infancia			
(C7) Se encontraba estresado-a por algún problema			

¿Ha presenciado algún tipo de violencia en su infancia?

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

Si ha respondido “Si”, marque con una X donde corresponda

	¿Con qué frecuencia?		
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3
(D1) Mis padres tenían continuas discusiones			
(D2) Mi padre maltrataba emocionalmente a mi madre			
(D3) Mi padre maltrataba físicamente a mi madre			
(D4) Mis hermanos-as se peleaban muy a menudo			
(D5) He sido maltratado físicamente por mi/s hermanos/as			
(D6) He sido maltratado emocionalmente por mi/s hermanos/as			
(D7) Mi madre maltrataba emocionalmente a mi padre			
(D8) Mi madre maltrataba físicamente a mi padre			
(D9) Otros/as familiares han tenido comportamientos violentos. (D9A) ¿Quién? _____ (D9B) ¿A quien? _____			

**Durante su EXPERIENCIA CON LA DROGA**

**DURANTE SU EXPERIENCIA CON LAS DROGAS ¿Con qué frecuencia diría Vd. que alguna persona de su hogar (pareja, padre, madre, hijo-a, hermano-a, otros) ha tenido algunos comportamientos como los que se detallan a continuación?**

	¿De qué persona se trata? ¿quién fue?							¿Con qué frecuencia lo hizo?		
	Padre	Madre	Hijo/s	Hija/s	Herma no-a	Pareja	Otra persona	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3
(E11) .Le ha impedido salir de casa o tener relaciones con amigos/as, vecinos/as										
(E22). Le ha quitado el dinero que otros ganan o no ha dado lo suficiente que se necesita										
(E3 4). Le ha amenazado o ha insultado										
(E4 7). Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que ud. no tiene ganas										
(E5 8).Decide las cosas que se puede o no puede hacer										
(E6 ).No tiene en cuenta las necesidades de Vd.										
(E7 10).En ciertas ocasiones le ha producido miedo										
(E8 13).Cuando se enfada, llega a empujar o a golpear										
(E9 15).Le dice que no es capaz de hacer nada sin él o ella										
(E10 16).Dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe										
(E11 22).Ironiza o no valora sus creencias o sus sentimientos										
(E12 23).No valora el trabajo que realiza										
(E13 25).Delante de sus hijos/as dice cosas para no dejarle en buen lugar										

**DURANTE SU ETAPA DE CONSUMO, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado/a por algún familiar, por su novio/a o por alguna persona de las que conviven/han convivido con Vd.?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “SI”, marque con una X donde corresponda**

	¿Con qué frecuencia?			¿Durante cuánto tiempo?		
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Durante menos de un año 3	De 1 a 5 años aproxima- damente 2	Durante más de 5 años 1
(F1) Mi pareja						
(F2 ) Mis hijos/as y de mi pareja actual						
(F3) Mis hijos/as y de una persona diferente a mi actual pareja						
(F4) Mi padre/suegro /pareja de mi madre						
(F5) Mi madre/suegra/pareja de mi padre						
(F6) Mis hermanos/as, cuñados/as						
(F7) Ex pareja						
(F8) Vecino/a						
(F9) Compañero/a de trabajo						
(F10) Otras personas. Especificar _____						

¿En qué aspectos se ha sentido maltratado/a por parte de esta/s persona/s? ¿qué paso?

---

---

---

---

---

Esa persona o alguna de esas personas que ha mencionado, ¿tiene o tenía algún problema de los que le cito a continuación?

	SI	NO	Ns/Nc
(G1) Bebía demasiado			
(G2) Consumía drogas			
(G3) Estaba en paro			
(G4) Tenía problemas psicológicos			
(G5) Era violento por naturaleza			
(G6) Había sufrido maltrato en la infancia			
(G7) Se encontraba estresado-a por algún problema			

**Durante su estancia en el tratamiento o tratamientos realizados**

¿Es éste su primer tratamiento? (1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

¿Cuánto tiempo lleva? \_\_\_\_\_ meses

**Modalidad de tratamiento actual**

(1) Ambulatorio

(2) Comunidad terapéutica

Si no es el primero, ¿Cuántos ha habido con anterioridad? Nº \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? Marque con una X donde corresponda

	Nº Veces
(J1) Centro ambulatorio	
(J2) Centro de día	
(J3) Programa metadona	
(J4) Unidad de desintoxicación hospitalaria	
(J5) Comunidad terapéutica	
(J6) Asociación de alcohólicos	
(J7) Hospital	
(J8) Otros	

¿Por qué razón o razones puso fin a los tratamientos anteriores?

(1) El tratamiento finalizó

(2) Porque pensaba que estaba curado/a

(3) Tuve problemas con los compañeros/as

(4) No era mi momento de dejarlo

(5) Porque conocí a un chico/a en el tratamiento y abandonamos

(6) Porque no me sentí acompañado/a ni comprendido/a

(7) Pensaba que no me ayudaban

(8) Otros \_\_\_\_\_

(9) N.s./n.c.

**En algún centro de tratamiento, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado/a?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**¿En qué aspectos se ha sentido maltratado/a? ¿qué pasó?**

---



---



---



---

**Conoce a algún hombre/alguna mujer que se haya considerado maltratada en algún centro de tratamiento?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**DURANTE SU ETAPA DE TRATAMIENTO, ¿ha sufrido alguna situación por la que Vd. se haya considerado maltratado/a por algún familiar, por su novio o por alguna persona de las que conviven/han convivido con Vd.?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Sí”, marque con una X donde corresponda**

	Una o más veces al mes 1	En alguna ocasión aislada 3	Ns./N.c. 0
(K1) Mi pareja			
(K2) Hijos míos/as y de mi marido/pareja			
(K3) Hijos/as míos/as y de una persona diferente a mi actual pareja			
(K4) Mi padre/suegro/pareja de mi madre			
(K5) Mi madre/suegra/pareja de mi padre			
(K6) Mis hermanos/as, cuñados/as			
(K7) Ex marido/ex pareja			
(K8) Otros familiares (Especificar) _____			
(K9) Otras personas (Especificar) _____			

**¿En qué aspectos se ha sentido maltratado/a? ¿qué paso?**

---



---



---



---

**Esa persona o alguna de esas personas que ha mencionado, ¿tiene o tenía algún problema de los que le cito a continuación?**

	SI	NO	Ns/Nc
(L1) Bebía demasiado			
(L2) Consumía drogas			
(L3) Estaba en paro			
(L4) Se encontraba estresado-a por algún problema no familiar			

**¿Qué problemas de su vida cotidiana ha tenido que superar para acudir al tratamiento?**

(M1) El cuidado de mis hijos (M4) El desacuerdo de mi familia (M6) Ninguno  
 (M2) Mis obligaciones laborales (M5) El desacuerdo de mi pareja (M7) Ns/Nc  
 (M3) El qué dirán

**Qué razones o motivaciones le han llevado al tratamiento?**

---



---



---



---



---

**Ahora responda de forma general...**

**¿Ha vivido algún episodio o circunstancia siguiente en alguno de los momentos que se especifica (antes de la drogodependencia, durante la drogodependencia o en ambos periodos)? Marque con una X donde proceda**

	Antes de la drogodependencia 1	Durante la drogodependencia 2	Durante ambos periodos 3
N1 Abandono de hogar por parte de mi pareja			
N2 Tuve continuas discusiones en casa			
N3 Abandono de hogar por parte de mi padre/madre			
N4 Cambié de domicilio habitual			
N5 Tuve embarazos no deseados			
N6 Tuve aborto/s			
N7 He vivido fuera de mi casa habitual más de 6 meses			
N8 Sufrí abusos			
N9 Mi pareja y yo nos casamos			
N10 Sufrí agresiones			
N11 Tuve relaciones con prostitutas			
N12 Mi pareja y yo nos separamos o divorciamos			
N13 Me violaron			
N14 Tuve peleas, continuas discusiones con mi pareja			
N15 Detenciones policiales			
N16 Nacimiento de algún hijo/a			
N17 Ejercí la prostitución			

**¿Cuál es su situación orgánica? Marque con una X donde corresponda**

(Org1) Hepatitis A	
(Org2) Hepatitis B	
(Org3) Hepatitis C	
(Org4) VIH (+)	
(Org5) SIDA	

(Org6) Enfermedad de trasmisión sexual	
(Org7) Infección tuberculosa	
(Org8) Asma	
(Org9) Bulimia	
(Org10) Anorexia	

**Si ha estado en prisión ¿experimentó algún tipo de violencia contra Vd durante la estancia?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Sí”, ¿por parte de quién/es?**

3. ¿Por parte de q

	¿Con qué frecuencia?				
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Nunca 4	Ns./N.c. 0
(V1) Por parte de compañeros/as presos/as					
(V2) Por parte del funcionariado					
(V3) Por parte de mi pareja, durante las visitas					
(V4) Por parte de mi familia, durante las visitas					
(V5) Por parte de otras personas, especificar _____					

**Si Vd. ha ejercido la prostitución, es decir, mantuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o droga ¿experimentó algún tipo de violencia durante estas relaciones?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Si”, ¿por parte de quién/es?**

	¿Con qué frecuencia?				
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Nunca	Ns./N.c.
(Va). Por parte del cliente					
(Vb.) Por parte de la persona que le proporcionaba los clientes					
(Vc). Por parte de otras personas, especificar _____					

**Si ha utilizado los servicios de prostitutas, es decir, si ha pagado dinero o droga por relaciones sexuales ¿ejerció algún tipo de violencia durante estas relaciones?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Si”, ¿contra quién/es?**

	¿Con qué frecuencia?				
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Nunca	Ns./N.c.
(Vd) Hacia la persona que se prostituía					
(Ve) Hacia la persona que ofrecía los contactos					
(Vf) Hacia otras personas, especificar _____					

**¿Vd ha ejercido algún tipo de violencia contra alguna persona en algún momento de su vida?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

**Si ha respondido “Si”, marque con una X donde corresponda**

	¿Con qué frecuencia?			¿Durante cuánto tiempo?		
	Una o más veces al mes 1	Varias veces al año 2	Alguna ocasión aislada 3	Durante menos de un año 3	De 1 a 5 años aproximadamente 2	Durante más de 5 años 1
(X1) A mi pareja						
(X2) A mis hijos/as						
(X3) A mi padre						
(X4) A mi madre						
(X5) A mis hermanos/as,						
(X6) A mi ex pareja						
(X7) A un/a vecino/a						
(X8) A un/a compañero/a de trabajo						
(X9) A otras personas Especificar _____						

**SOLO SI Vd. ES MUJER ¿nota alguna diferencia con respecto a los hombres drogodependientes en la percepción social (en lo que la gente piensa)?**

(1) Sí  (2) No  (0) Ns/Nc

¿qué diferencias piensa que existen con respecto a los varones drogodependientes?

---

---

---

---

**SÓLO SI ES Vd. HOMBRE** ¿nota alguna diferencia con respecto a las mujeres drogodependientes en la percepción social (en lo que la gente piensa)?

(1) Sí       (2) No       (0) Ns/Nc

¿qué diferencias piensa que existen con respecto a las mujeres drogodependientes?

---

---

---

---

¿En qué medida se ha sentido presionada o estigmatizada (señalado/a) socialmente a causa de su drogodependencia?

Mucho (1)                                      Poco (3)                                      Nadie lo sabe (5)  
Bastante (2)                                      Nada (4)                                      Ns/Nc (0)

¿Cree que finalizar un tratamiento para dejar las drogas es una experiencia que le va a ayudar en su vida futura?

1. Sí, mucho      2. Bastante      3. Nada      0 Ns/Nc

¿En qué cosas?

---

---

---

---

¿Qué echa de menos en su tratamiento?

---

---

Puntúe de 1 a 10 su nivel de autoestima \_\_\_\_\_

Tiene Vd una persona o personas en las que pueda confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida?

(1) Sí       (2) No       (0) Ns/Nc

Describe una situación de violencia, real o imaginaria

---

---

---

---

¿Conoce algún tipo de recurso para mujeres maltratadas? En caso de que fuera una persona maltratada, ¿sabe dónde pedir ayuda profesional?

(1) Sí       (2) No       (0) Ns/Nc

**¿Qué cinco sentimientos asocia a su etapa de consumo? A continuación tiene algún ejemplo que le puede ayudar a elegir sentimientos positivos y negativos**

seguridad  
aburrimiento  
ira-rabia  
rencor  
desprecio  
odio  
miedo  
fobia  
decepción  
confianza  
desesperanza

desconfianza  
tristeza  
melancolía  
compasión  
sorpresa  
respeto  
satisfacción  
felicidad  
amor  
desánimo  
solidaridad

libertad  
amistad  
insatisfacción  
compañerismo  
logro  
autoestima  
autoconocimiento  
fracaso  
independencia  
compromiso  
dominio

locura  
paz  
alegría  
aventura  
orgullo  
soberbia  
inferioridad  
autodesprecio  
vergüenza  
culpa

**Agradecemos su colaboración**

## ANEXO 2. Cálculo de la muestra

**Población en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidades autónomas participantes**

	<b>Tratamiento Ambulatorio</b>	<b>Tratamiento Comunidad Terapéutica</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL MUJERES (Aprox. 20%)</b>
CAPV*	7059	524	7583	1516
Navarra	1616	231	1847	3694
Asturias	4487	406	4893	978
La Rioja	572	54	626	125
Burgos			399	79
Cantabria	795	119	914	182
		Total	16262	6574

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2011. Pag.21

\* Comunidad Autónoma del País Vasco

La población muestral (227 personas, 129 hombres y 98 mujeres) supone el 1,40% de la población total de estudio 16262 personas en tratamiento.

## ANEXO 3. Índice de Tablas y Gráficos

### Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b>	Conceptualizaciones	7
<b>Tabla 2.</b>	Diferencias entre los sexos, genéticas y cromosómicas	8
<b>Tabla.3.</b>	Diferencias entre hombres y mujeres en trastornos mentales definidos en el DSM-5	12
<b>Tabla.4.</b>	Prevalencia de distintos trastornos e incidencia en hombres y mujeres (OMS, 2007)	12
<b>Tabla.5.</b>	Prevalencia de distintos trastornos mentales en hombres y mujeres ESEMeD-España 2006 (%) (IC 95%)	13
<b>Tabla 6.</b>	Características de la relación de pareja en la mujer drogodependiente	33
<b>Tabla.7.</b>	Consecuencias individuales con relación a los factores sociales asociados al consumo de drogas en las mujeres	36
<b>Tabla.8.</b>	Consecuencias psicológicas y físicas del consumo abusivo de diversas drogas legales e ilegales en las mujeres	38
<b>Tabla 9.</b>	Consecuencias familiares y sociales del consumo de drogas en ambos sexos	39
<b>Tabla 10.</b>	Contextos y tipos de violencia	49
<b>Tabla 11.</b>	Mecanismos involucrados en las respuestas ante estímulos estresores	59
<b>Tabla 12.</b>	Sistema de Clasificación del Maltrato infantil y variables implicadas	60
<b>Tabla 13.</b>	Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico/emocional	60
<b>Tabla 14.</b>	Concepto de trauma	63
<b>Tabla 15.</b>	Criterios para el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (DSM-5)	64
<b>Tabla 16.</b>	Relaciones entre Violencia/consumo de sustancias para las mujeres (Ramos Lira, 2000)	71
<b>Tabla 17.</b>	Relaciones entre Violencia y el consumo de diversas sustancias en las mujeres	73
<b>Tabla 18.</b>	Formas de Maltrato	85
<b>Tabla 19.</b>	Definiciones de Maltrato	85
<b>Tabla 20.</b>	Centros participantes en el estudio	87
<b>Tabla 21.</b>	Dimensiones del análisis cualitativo	90
<b>Tabla 22.</b>	Cuadro de variables. Nivel descriptivo	92
<b>Tabla 23.</b>	Cuadro de variables. Nivel Relacional	95
<b>Tabla 24.</b>	Cuadro de variables. Nivel Explicativo	97
<b>Tabla 25.</b>	Razones o motivaciones en hombres y mujeres para el consumo de drogas, en orden al número de aportaciones	111
<b>Tabla 26.</b>	Razones o motivaciones en hombres y mujeres para iniciar un tratamiento por drogodependencia (en orden al número de aportaciones)	119
<b>Tabla 27.</b>	Creencia de ayuda del tratamiento actual por sexos (%).	120
<b>Tabla 28.</b>	Los aspectos de mejora en las vidas de los hombres y mujeres participantes que el tratamiento permite-permitirá conseguir (en orden al número de aportaciones)	125
<b>Tabla 29.</b>	Cuestiones que los hombres y las mujeres han percibido deficitarias en relación a los tratamientos (en orden al número de aportaciones)	129
<b>Tabla 30.</b>	Por qué razón se puso fin a los tratamientos anteriores (respuesta múltiple)	130
<b>Tabla 31.</b>	Razones de abandono de los tratamientos anteriores (en orden al número de aportaciones)	132
<b>Tabla 32.</b>	Respuestas de los-as participantes a la existencia de diversos tipos de maltrato (Nº de personas y Nº de aportaciones). Respuesta múltiple	151
<b>Tabla 33.</b>	Sentimientos asociados a la etapa de consumo (Respuesta múltiple)	152

<b>Tabla 34.</b>	Datos descriptivos de la edad de la muestra participante	160
<b>Tabla 35.</b>	Datos sociodemográficos de la muestra participante	160
<b>Tabla 36.</b>	Edad de los hijos, frecuencias y estadísticos descriptivos.	163
<b>Tabla 37.</b>	Diferencias en edad actual, edad de inicio en el consumo de sustancias y edad de inicio en el consumo de la sustancia que lleva a tratamiento. Por sexos.	164
<b>Tabla 38.</b>	Características de la relación con las drogas y situación orgánica por sexos (%).	165
<b>Tabla 39.</b>	Características del consumo de drogas de los familiares. Por sexos (N y %)	168
<b>Tabla 40.</b>	Características de la relación de pareja. Por sexos (N y %)	170
<b>Tabla 41.</b>	Características del o de los tratamientos por sexos (%).	173
<b>Tabla 42.</b>	Tiempos de análisis de la violencia padecida	174
<b>Tabla 43.</b>	Participantes que han padecido Maltrato Técnico antes de la drogodependencia (N y %).	175
<b>Tabla 44.</b>	Tipos de Violencia padecida ANTES de la Drogodependencia por personas cercanas y Nivel de Significatividad, por sexos (N y %).	178
<b>Tabla 45.</b>	Violencia padecida de tipo Psicológico (ítems 1, 3, 7, 9, 10, 12 y 13), Económico (2), Estructural (5 y 6), Sexual (4), Físico (8) y Espiritual o moral (11) y persona que la ha ejercido antes de la drogodependencia. Por sexos (%).	179
<b>Tabla 46.</b>	Existencia de Maltrato Técnico padecido antes de la drogodependencia y quién lo ha ejercido, por sexos (%). Respuesta Múltiple	179
<b>Tabla 47.</b>	Tipos de Violencia padecida y personas que la han ejercido ANTES de la drogodependencia por sexos (%) (Respuesta múltiple)	179
<b>Tabla 48.</b>	Existencia de Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia y quién lo ha ejercido por sexos (N y %).	180
<b>Tabla 49.</b>	Persona responsable del Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia (N y %)	180
<b>Tabla 50.</b>	Frecuencia de las experiencias de Maltrato Declarado padecido antes de la drogodependencia, por sexos (% Horizontales). Respuesta múltiple	181
<b>Tabla 51.</b>	Problema-s de las personas que han ejercido la Violencia Declarada antes de la drogodependencia (N y %) Respuesta múltiple	182
<b>Tabla 52.</b>	Participantes que han sufrido Maltrato Técnico durante la drogodependencia, por sexos (N y %).	183
<b>Tabla 53.</b>	Existencia de Maltrato Técnico durante la drogodependencia y quién lo ha ejercido, por sexos (%). (Respuesta Múltiple)	183
<b>Tabla 54.</b>	Tipos de Violencia padecido DURANTE la Drogodependencia por personas cercanas y Nivel de Significatividad, por sexos (N y %).	185
<b>Tabla 55.</b>	Violencia padecida de tipo psicológico (ítems 1, 3, 7, 9, 10, 12 y 13), económico (2), estructural (5 y 6), sexual (4), físico (8) y espiritual o moral (11) y persona que la-s ha ejercido durante la drogodependencia, por sexos (%) Respuesta múltiple	186
<b>Tabla 56.</b>	Existencia de Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia, por sexos (%) (Respuesta múltiple)	186
<b>Tabla 57.</b>	Existencia de Maltrato Declarado padecido durante la drogodependencia y quién lo ejerció, por sexos (%). (Respuesta múltiple)	187
<b>Tabla 58.</b>	Frecuencia de las experiencias de Maltrato Declarado padecido DURANTE la drogodependencia, por sexos (% Horizontales). (Respuesta múltiple).	187
<b>Tabla 59.</b>	Problema-s de la-s persona-s que han ejercido Violencia, por sexos (N y %) (Respuesta múltiple).	188
<b>Tabla 60.</b>	Existencia de Maltrato Declarado padecido en algún centro de tratamiento.	188
<b>Tabla 61.</b>	Conocimiento de Maltrato sobre alguien conocido en algún centro de tratamiento (N y %).	189

<b>Tabla 62.</b>	Existencia de Maltrato Declarado ejercido por algún familiar o persona cercana durante el tiempo que duró el o los tratamientos, por sexos (N y %)	189
<b>Tabla 63.</b>	Maltrato Declarado padecido durante el tiempo que duró el o los tratamientos y quién lo ha ejercido, por sexos (N y %).	189
<b>Tabla 64.</b>	Problemas de las persona-s que han ejercido Violencia durante los tratamientos	190
<b>Tabla 65.</b>	Existencia de circunstancias conflictivas o estresantes en cualquier momento, por sexos (N y %)	190
<b>Tabla 66.</b>	Otras experiencias conflictivas y/o estresantes padecidas, antes y durante la drogodependencia. Por sexos (%) (Respuesta múltiple).	191
<b>Tabla 67.</b>	Existencia de Maltrato Declarado sufrido durante tiempo de prisión, por sexos (N y %)	194
<b>Tabla 68.</b>	Estancia en prisión y experiencias de Violencia, por sexos (N y %). Respuesta múltiple	194
<b>Tabla 69.</b>	Existencia de Maltrato Declarado padecido durante el ejercicio de la prostitución. Por sexos (N y %)	194
<b>Tabla 70.</b>	Ejercicio de la prostitución y Violencia padecida durante el mismo. Por sexos (N y%)	195
<b>Tabla 71.</b>	Ejercicio de la prostitución Violencia padecida durante el mismo. Por sexos (N y%)	195
<b>Tabla 72.</b>	Ejercicio de algún tipo de Violencia en algún momento de la vida. Por sexos (N y %)	196
<b>Tabla 73.</b>	Violencia Técnica y Declarada padecida y ejercicio activo de Violencia total (%)	197
<b>Tabla 74.</b>	Padecimiento de Violencia Técnica padecida antes de la drogodependencia y Violencia ejercida. Por sexos (N y %)	198
<b>Tabla 75.</b>	Padecimiento de Violencia Declarada padecida antes de la drogodependencia y Violencia ejercida. Por sexos (N y %)	198
<b>Tabla 76.</b>	Presencia de Violencia en la infancia. Por sexos (N y %)	199
<b>Tabla 77.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y ejercicio de la Violencia en algún momento de la vida (N y %)	199
<b>Tabla 78.</b>	Tipo de experiencias de Violencia presenciadas en la infancia. Por sexos (N y %) Respuesta múltiple	200
<b>Tabla 79.</b>	Violencia Técnica padecida y personas que la ha ejercido ANTES y DURANTE la drogodependencia en personas que han presenciado Violencia en la infancia, por sexos (%) (Respuesta múltiple)	201
<b>Tabla 80.</b>	Violencia Técnica padecida antes de la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia	202
<b>Tabla 81.</b>	Violencia Declarada padecida antes de la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia	202
<b>Tabla 82.</b>	Violencia Técnica padecida durante la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia	202
<b>Tabla 83.</b>	Violencia Declarada padecida durante la drogodependencia y Presencia de Violencia en la infancia	202
<b>Tabla 84.</b>	Haber presenciado Violencia en la infancia y suma media de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia y suma media de personas que han ejercido Violencia Declarada.	203
<b>Tabla 85.</b>	No Haber presenciado Violencia en la infancia y suma de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia Contraste de diferencias y tamaño del efecto	204
<b>Tabla 86.</b>	Haber presenciado Violencia en la infancia y suma de eventos de Violencia Técnica padecida antes y durante la drogodependencia. Contraste de diferencias y tamaño del efecto	204
<b>Tabla 87.</b>	Existencia de miembros familiares con drogodependencia (N y %)	204

<b>Tabla 88.</b>	Haber presenciado Violencia en la infancia y existencia de familiares con drogodependencia	205
<b>Tabla 89.</b>	Existencia de abusos (N y %)	206
<b>Tabla 90.</b>	Existencia de agresiones (N y %)	306
<b>Tabla 91.</b>	Existencia de violación(es) (N y %)	206
<b>Tabla 92.</b>	Ejercicio de la prostitución (N y %)	206
<b>Tabla 93.</b>	Existencia de violencia en prisión (N y %)	207
<b>Tabla 94.</b>	Existencia de violencia al prostituirse (N y %)	207
<b>Tabla 95.</b>	Existencia de violencia al solicitar prostitución (N y %)	207
<b>Tabla 96.</b>	Haber presenciado Violencia en la infancia y padecer determinadas situaciones estresantes y conflictivas. Por sexos (N y %)	208
<b>Tabla 97.</b>	Situación orgánica (N y %) Respuesta múltiple	209
<b>Tabla 98.</b>	Haber presenciado Violencia en la infancia y padecer determinadas enfermedades. Por sexos (N y %)	212
<b>Tabla 99.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y primer tratamiento realizado (N y %)	212
<b>Tabla 100.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y primer tratamiento realizado. Por Sexos (N y %)	212
<b>Tabla 101.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y media del número de tratamientos realizados. Por sexos	212
<b>Tabla 102.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y Tiempo de consumo (media de años) de la droga que lleva a tratamiento. Por sexos	214
<b>Tabla 103.</b>	Personas que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %)	215
<b>Tabla 104.</b>	Hombres que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %)	215
<b>Tabla 105.</b>	Mujeres que han sufrido Violencia Declarada por grados (N y %)	216
<b>Tabla 106.</b>	Puntuación del nivel de autoestima de la muestra participante. Por sexos (N y %)	216
<b>Tabla 107.</b>	Padecimiento de Violencia Técnica antes de la drogodependencia y nivel de autoestima	217
<b>Tabla 108.</b>	Padecimiento de Violencia Técnica antes de la drogodependencia y nivel de autoestima, por sexos.	217
<b>Tabla 109.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y nivel de autoestima, por sexos.	217
<b>Tabla 110.</b>	Presencia de Violencia en la infancia y nivel de autoestima. Por sexos (N y %)	218
<b>Tabla 111.</b>	Valores observados y pronosticados. Variables explicativas (Totales, Hombres y Mujeres) (N y %)	220
<b>Tabla 112.</b>	Cuadro resumen variables explicativas (Totales, Hombres y Mujeres)	220
<b>Tabla 113.</b>	Cuadro resumen variables relacionales (Totales, Hombres y Mujeres)	221
<b>Tabla 114.</b>	Pruebas ómnibus (Totales, Hombres y Mujeres)	222
<b>Tabla 115.</b>	Cuadro resumen R cuadrado de Cox y R cuadrado de Nagelkerke (Totales, Hombres y Mujeres)	222
<b>Tabla 116.</b>	Tablas de contingencia para prueba de Hosmer y Lemeshow (Totales, Hombres y Mujeres)	223
<b>Tabla 117.</b>	Valores observados y pronosticados ajustados (totales, hombres y mujeres)	223
<b>Tabla 118.</b>	Cuadro resumen variables explicativas. Modelo final ajustado (Totales, Hombres y Mujeres)	226
<b>Tabla 119.</b>	Resumen del maltrato Técnico y Declarado padecido por la muestra participante antes y durante la drogodependencia (%)	251
<b>Tabla 120.</b>	Resumen del maltrato declarado durante el-los tratamientos padecido por la muestra participante (%)	253

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b>	Prevalencia de consumo diario de Tranquilizantes, Somníferos, Hipnosedantes, Alcohol y Tabaco. Por sexos (%).	23
<b>Gráfico 2</b>	Evolución prevalencia de consumo de Tranquilizantes, Somníferos, Hipnosedantes, 2005-2013. Mujeres (%).	25
<b>Gráfico 3</b>	Evolución prevalencia de consumo de Tabaco y Alcohol, 2005-2013. Mujeres (%).	25
<b>Gráfico 4</b>	Evolución mujeres admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, 2005-2013. (%).	27
<b>Gráfico 5</b>	Evolución de la atención en urgencias y de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas, 2005-2013. (%).	28
<b>Gráfico 6</b>	Violencia doméstica según Browne y Herbert (1997)	56
<b>Gráfico 7</b>	Representación del estudio	88
<b>Gráfico 8</b>	Relaciones entre variables. Nivel Relacional	96
<b>Gráfico 9</b>	Tipos de Violencia ejercida por la pareja, por sexo (%)	177
<b>Gráfico 10</b>	Existencia de Maltrato Técnico antes de la drogodependencia y quien lo ejerció, por sexos (%).	180
<b>Gráfico 11</b>	Existencia de Maltrato Declarado antes de la drogodependencia, por sexos (%).	181
<b>Gráfico 12</b>	Diversas situaciones conflictivas y/o estresantes vividas antes y durante la drogodependencia y durante ambos periodos.	193
<b>Gráfico 13</b>	Violencia Declarada por grados. Por sexos (%).	216