

originales

Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa

JOSEFA GÓMEZ MOYA¹; JUAN CARLOS VALDERRAMA-ZURIÁN²; TAMARA GIRVA CARAMÉS¹;
SILVIA TORTAJADA NAVARRO²; JORGE GUILLOT MOSTERIN³

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia.
Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universidad de Valencia-CSIC.
Unidad de Conductas Adictivas de Moncada. Departamento de Salud 5. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia a:

Josefa Gómez Moya. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Edificio Departamental Occidental.
Campus Los Naranjos. Universidad de Valencia. Avda de los Naranjos s/n. 46022. Valencia (España). Correo electrónico: josefa.gomez@uv.es

Recibido: Septiembre de 2007

Aceptado: Octubre de 2007

RESUMEN

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de los comportamientos sociales de las mujeres alcohólicas respecto a las cocainómanas.

Material y métodos: Se han estudiado seis mujeres alcohólicas y seis mujeres cocainómanas en tratamiento ambulatorio, mediante la técnica del relato de vida. La información fue analizada utilizando la Grounded Theory.

Resultados: Las mujeres alcohólicas adquieren la dependencia a través de un consumo progresivo, mientras que las cocainómanas se inician a partir de un hecho concreto, relacionándolo con la pareja consumidora y/o la búsqueda de placer.

Un estigma social, que se manifiesta en las mujeres adictas, es el relacionado con el incumplimiento de las tareas y roles que la sociedad asigna a la mujer, siendo más evidente en las alcohólicas. También el concepto de enfermedad se muestra con mayor frecuencia en los discursos de las mujeres alcohólicas que las cocainómanas. Por otra parte, las familias de origen aparecen con un doble significado: por un lado, suelen ser las primeras en recibir las consecuencias derivadas del consumo, a través de engaños, pequeños hurtos o agresiones verbales, y por otra parte, son un apoyo importante para el inicio y proceso de tratamiento.

Conclusiones: Las consecuencias que se derivan de los consumos de diferentes sustancias tienen repercusiones sociales específicas que deben ser tenidas en consideración para poder establecer mecanismos de ayuda idóneos.

Palabras clave: Drogodependencia, alcoholismo, dependencia de cocaína, mujeres, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective: To analyze social behaviours of alcoholic and cocaine-dependent women.

Method: Six alcoholic women and six cocaine-dependent women in outpatient treatment made up the study sample. The technique used was that of life history interview. Data analysis was carried out based on Grounded Theory.

Results: Alcoholic women become dependent through progressive consumption, while cocaine-dependent women begin cocaine use as consequence of a particular event or incident; cocaine use among these women is also related to pleasure-seeking and to drug-dependent partners.

There is a social stigma in drug-dependent women – more evident in alcoholics – related to non-fulfilment of tasks and roles that society imposes on women. The illness concept also appears more often in the discourse of alcoholic women than in that of cocaine addicts. As regards the family, it has a double meaning for these women: on the one hand, it is the first context to suffer the consequences of their drug abuse, through lies, petty theft and verbal aggression; on the other, the family is an important source of support in the initiation and process of treatment.

Conclusions: Drug abuse has specific social repercussions that should be taken into account in the establishment of appropriate help mechanisms.

Key words: Drug abuse, alcoholism, cocaine dependence, women, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido cambios significativos respecto al consumo de alcohol y cocaína entre la población femenina. En el 2003

la prevalencia de consumo en los últimos treinta días entre mujeres de 15 a 64 años era del 0,5% para la cocaína y del 52,1% para el alcohol frente al 1,6% y 75,8% de los hombres, respectivamente¹. Si bien la

prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre las mujeres, aumentó de manera considerable entre 1995 y 1999, pasando del 38,0% al 50,7%², en los últimos años se ha mantenido más o menos constante. Por otra parte, se ha observado un incremento paulatino del consumo de cocaína sobre todo en la población juvenil pasando la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos treinta días, del 1,4% para los hombres y el 0,7% para las mujeres en 1994, al 5,1% y 2,6%, respectivamente en el 2004³.

Así mismo, se ha instaurado una imagen normalizada del consumo de las diversas sustancias psicoactivas, que con frecuencia se traduce en la banalización de los consumos y de los efectos asociados al alcohol⁴. Este proceso de acomodación social no es exclusivo del alcohol, sino que define las nuevas relaciones que la sociedad española ha establecido con las drogas y que ha hecho del uso de estas sustancias un elemento central de la cultura juvenil y de sus formas de ocupación del ocio⁵.

Respecto al uso, abuso y dependencia de drogas existen diferencias entre hombres y mujeres^{6,7}. En ambos géneros aparecen diferentes formas de inserción social^{8,9} que requieren formas específicas en el manejo del problema^{10,11}. Estudios recientes ponen de relieve la importancia de los factores sociales en la percepción que se tiene de la mujer alcohólica en relación al hombre alcohólico, así mientras que el 50% de las personas desaprobarían fuertemente a una mujer bebida en una fiesta, sólo el 30% desaprobarían a un hombre bebido, existiendo una mayor sanción social para las mujeres¹².

Por tanto, el enjuiciamiento social y el papel que se les atribuye a las mujeres, desarrollan unas expectativas de cumplimiento de un rol social que se manifiesta en la evolución y la conducta de la mujer adicta.

La mayor parte de las investigaciones en este campo, se han centrado en el adicto varón en el intento de describir los síntomas, consecuencias y formas de tratamiento, siendo los factores biológicos que inciden en el proceso, uno de los puntos de mayor interés. Por el contrario son escasos los trabajos que realizan una aproximación a los discursos de los propios afectados desde una perspectiva cualitativa y con un enfoque de género.

Se trata en definitiva, de ver cómo las personas relacionadas e implicadas, crean y reflejan a través de su experiencia el mundo social que les rodea. Para ello es necesario la utilización de documentos personales, que como define Allport¹³ "se trata de todo documento escrito o manifestación verbal del propio sujeto, que proporciona intencionadamente o no, información relativa a la estructura y dinámica de la vida del autor".

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es valorar las diferentes conductas de las mujeres según

la sustancia consumida (cocaína o alcohol), los condicionantes sociales que rodean ambos consumos y las diferentes consecuencias que ocasiona el consumo de una u otra sustancia. La comparación de los discursos de mujeres alcohólicas y mujeres cocainómanas va a permitir profundizar en esas diferencias estableciendo indicadores válidos para orientar las respuestas asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la investigación se ha basado en la perspectiva cualitativa, realizando un análisis del proceso de la dependencia de las mujeres alcohólicas y cocainómanas desde su propio discurso. Se ha tratado de ver cómo las personas implicadas crean y reflejan a través de su experiencia el mundo social que les rodea.

Para la elección de la muestra se ha seguido el criterio de saturación o redundancia de información. No se ha perseguido la representación estadística sino una selección estratégica de casos, procediendo según pautas de "muestreo teórico" al modo definido desde la práctica investigadora por Glaser y Strauss¹⁴. Por lo tanto se ha practicado una selección de contextos y casos, estando las decisiones muestrales determinadas por una tipología de mujeres alcohólicas y cocainómanas que han acudido a tratamiento.

La muestra estaba constituida por 12 mujeres con una edad media de 35 años y desviación estándar de 8,6 años [rango: 21 a 52 años], que acudían a tratamiento por dependencia de cocaína (n=6) o por dependencia de alcohol (n=6). El 50% estaban casadas y el 25% tenían pareja. No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

El 75% de las mujeres de la muestra trabajaban en profesiones no especializadas y el 25% eran amas de casa. Todas ellas provenían de Unidades de Conductas Adictivas. Los criterios de inclusión eran: estar en tratamiento, presentar dependencia sólo a una de estas dos sustancias y estar abstinente en la semana que se realizaba la entrevista. Cada una de las submuestras estaba constituida por dos mujeres con menos de un mes de abstinencia, dos entre 1 y 6 meses de abstinencia, y dos entre 6 meses y un año de abstinencia. La selección de las pacientes se realizó de manera aleatoria entre todas las que se encontraban en tratamiento en el momento de realizar el estudio. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las mujeres participantes y se les solicitó el consentimiento informado. El trabajo de campo se desarrolló entre junio y diciembre del 2006 en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Para la recogida de información se utilizaron relatos autobiográficos que constituyen una modalidad

del relato de vida. Estos relatos son una construcción de la realidad social¹⁵ que articulan una vida personal dentro de un contexto social determinado y no constituyen meros datos referenciales de vidas. El relato escrito como el autobiográfico presenta ciertas ventajas sobre otros tipos de técnicas, ya que se le permite a la persona reflexionar sobre lo que quiere decir, porque tiene tiempo, y asimismo, se evita la presión de una entrevista frente a una persona desconocida.

Por lo general, a las mujeres con un trastorno adictivo les cuesta hablar sobre sí mismas con desconocidos, por ello el contacto se realizó a través del profesional sanitario de la Unidad de Conductas Adictivas. Una vez la persona había aceptado participar en el estudio, se le solicitaba que escribiera sobre su experiencia como alcohólica o cocainómana, y especialmente sobre lo que consideraba importante para ella durante el periodo de consumo. Las mujeres escribían los relatos en sus casas y transcurrida una semana lo devolvían cumplimentado. Los relatos se sometieron a lectura por parte de tres miembros del equipo investigador, los cuales extraían las categorías de cada relato para posteriormente, contrastarlas y elaborar un listado consensuado de todas ellas. Estas categorías eran posteriormente agrupadas en temas. Los temas de análisis que recogían todas las ideas volcadas en los relatos fueron: el inicio del consumo, la conciencia de dependencia a la sustancia, el mundo vital de las mujeres adictas y la percepción del tratamiento, todo ello desde la perspectiva de género. Se compararon los datos según el tipo de dependencia que presentaban.

El análisis cualitativo realizado está basado en la Grounded Theory^{14,15}. Su enfoque de la teoría fundamentada tiene la finalidad de dirigir la atención del investigador al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales frente al procedimiento de la inducción analítica^{16,17}. La estrategia para el desarrollo de la teoría fundamentada fue el Método Comparativo Constante (MCC), por el cual los investigadores simultáneamente codificaron y analizaron datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, los investigadores refinaron esos conceptos, identificando sus propiedades, explorando sus interrelaciones y los integraron en una teoría coherente¹⁸.

El análisis cualitativo constaba de cuatro fases: comparación de incidentes, integración de categorías y sus propiedades, delimitación de la teoría y escritura de la teoría.

En el método comparativo constante no hay un intento de verificar la universalidad ni la prueba de causas sugeridas, este procedimiento únicamente requiere la "saturación de la información". El objetivo no es tanto la verificación como la generación de teoría.

En la exposición de resultados se hacen referencias literales a algunas partes de los relatos, señalándose con "RA" los párrafos referidos por las mujeres alcohólicas y con "RC" los párrafos provenientes de los relatos de las mujeres cocainómanas. En todos ellos el número que les acompaña corresponde al orden de recepción de los escritos, para cada una de las submuestras. Esta codificación se realizó para salvaguardar el anonimato y la confidencialidad.

RESULTADOS

En términos generales las mujeres alcohólicas han referido vivencias de mayor intimidad que las mujeres cocainómanas, las cuales en sus relatos se limitan a explicar superficialmente sus experiencias y apenas mencionan aspectos de su infancia o adolescencia.

El inicio del consumo

En el comienzo del hábito alcohólico confluyen varios factores y algunas de las mujeres consideran que el inicio de su dependencia es coincidente con sus primeros contactos con el alcohol, con lo cual describen una forma de beber progresiva, que proviene de la costumbre familiar y social y está potenciada por la función que el alcohol ha desempeñado en sus vidas.

"...siempre el vino San Clemente, que yo sabía donde estaba, era dolor y a la botella." (RA - 3).

"Mi forma de vida mientras estaba bebiendo empieza con 15 o 16 años. En guateques o fiestas tomaba un cubata o dos y algunas cervezas los fines de semana pero no me pasaba con la bebida." (RA - 5).

Las mujeres cocainómanas, sin embargo, identifican el inicio de su adicción con un hecho concreto que ha favorecido su tendencia a recurrir al consumo. Puede ser su pareja o algún amigo quien la inicia.

"Todo bien hasta que empecé hace dos años a consumir droga, porque yo de joven nunca tomé ningún tipo de drogas ni alcohol....mi marido me la ofreció. Primero me negué pero al final lo acepté y así empieza mi calvario". (RC - 1).

"Conocí una persona de 43 años que estaba metido en la droga." (RC - 4).

"Fue una bajada de ánimo lo que me hizo consumir cocaína con más frecuencia y eso me daba bienestar, alegría, todo lo veía mejor" (RC - 6).

En términos generales, las mujeres que describen una forma de beber más social, comenzaron a edades tempranas los primeros contactos, llegando a adquirir el hábito de beber y la dependencia alcohólica de forma progresiva.

“Ni yo misma sé cuándo empecé a beber, supongo que con 15 años las cervezas o los cubatas, los fines de semana, como todo el mundo que me rodeaba. Por mi cabeza no podía pasar que era el principio de un infierno [impensable], sólo era una chica que se divertía con sus amigos y punto.” (RA - 6).

Las que se iniciaron en edades más tardías, identifican su alcoholismo con la búsqueda del efecto del alcohol para conseguir modificar la percepción de una realidad que no les resulta grata.

“En resumen, la vida parece más sencilla con el alcohol.” (RA - 4).

Aparecen algunas conductas alcohólicas relacionadas con otro tipo de patología asociada, como los problemas alimenticios, que denotan algún otro tipo de problema psicológico y que se ponen de manifiesto a través de comportamientos compulsivos en relación a ciertas sustancias como puede ser la comida o el alcohol.

“Las considerables ingestas de alcohol, junto con el problema de bulimia que padecía, comenzaron a vislumbrarse”. (RA -1).

“A los 17 años empecé a estar mal, me veía gorda, fea y pensar que nadie me quería por eso. Dejé de comer. He tenido anorexia de los 18 a los 24 años. Pesaba 42 Kg. Y aún me veía gorda. Tenía anemia, hipotensión, hipoglucemia, amenorrea, etc.” (RA - 2).

Las mujeres cocainómanas no asocian el consumo a otras carencias o enfermedades, más bien lo relacionan con un estado de búsqueda de placer y libertad, de escaso control familiar y en todo caso la adquisición de la dependencia la sitúan en edades más avanzadas, después de los 25 años, aunque se iniciaran en otras sustancias durante la adolescencia.

“Me gustaba aquello, lo único que quería era disfrutar de esa fiesta...aquella noche que probé la cocaína por primera vez eran todo preguntas sobre ella...respeto, miedo a lo desconocido, pero me dio igual, quería sentirme como ellos.” (RC - 3).

De la lectura de los relatos de las mujeres cocainómanas se desprende una tendencia a desculpabilizar a los demás, e incluso a cualquier situación adversa, del inicio del consumo. Las mujeres describen momentos que les han permitido contactar con la sustancia adictiva, pero no reflexionan sobre el peso que determinadas circunstancias o personas hayan podido tener sobre ellas. *“Un amigo de mi marido nos visitó y nos dio un par de rayas” (RC - 1).* Aceptan las incidencias en sus vidas asumiendo plenamente la responsabilidad individual de su adicción como si hubiera sido una decisión unilateral.

La conciencia de dependencia a la sustancia

En el presente estudio, todas las mujeres han alcanzado un nivel de dependencia hacia el alcohol o la cocaína lo suficientemente elevado como para necesitar ayuda terapéutica especializada, pero el nivel de aceptación de su dependencia es muy diferente de unas a otras.

“Me llamo... y antes que nada quisiera aclarar que yo no me considero exactamente una alcohólica.” (RA -2).

“Soy ama de casa y soy alcohólica.” (RA - 5).

Mientras las mujeres alcohólicas se debaten entre la conciencia de ser alcohólica o no, las mujeres cocainómanas no se lo plantean.

“Estaba consciente de que aquello no era bueno, pero mi conclusión era: ¿qué hay de malo en sentirse bien?” RC - 3).

Sabiéndose consumidoras de una sustancia ilegal, piensan que están fuera de los límites de la línea que marca dónde se acaba la “normalidad.” Se puede observar en sus discursos, cómo las mujeres cocainómanas, saben que pertenecen a un submundo del que sólo pueden salir al dejar el consumo. Diferencian claramente en qué lugar quieren situarse. *“Yo antes era como un preso en la cárcel, impotente, atada a ese mundo” (RC - 4).*

La mujer alcohólica no percibe su exclusión por el hecho de consumir, más bien por el hecho de no cumplir con su rol de mujer como ama de casa y madre. A la mujer no se le perdona socialmente que no cumpla su papel en la familia y en la sociedad, independientemente de su nivel cultural o clase social. *“Todo ello –amén de una inmadurez evolutiva- me llevó a un abandono de mis obligaciones laborales, familiares y de todo tipo. Esto motivó que consumiera aún más alcohol, si ello cabe.” (RA -1).*

Mientras que las mujeres cocainómanas no se consideran enfermas, *“hoy en día no me considero cocainómana” (RC.- 6)*, e incluso no se sienten distintas una vez han dejado de consumir, la alcohólica arrastra el peso de su dependencia durante años de abstinencia. Pensar que son enfermas les tranquiliza y constituye una salida digna para ellas porque las enfermedades son algo común a todas las personas. *“...Aunque me ha costado mucho asumirlo, sé que estoy enferma y no me victimizo por ello...” (RA - 4).*

Algunas mujeres fracasan en su intento de reflejar imágenes satisfactorias como mujeres, y ello trae consigo una doble carga para las que sufren problemas con el alcohol o la cocaína, puesto que además de ser víctimas del rechazo han fracasado como mujeres.

El mundo vital de las mujeres adictas

Entre los motivos por los que las mujeres beben, se encuentra la sensación de que algo no funciona en sus vidas y el alcohol llena un vacío, o cumple una función, siendo un medio para aliviar tensiones o conseguir satisfacciones, *"...Y el día a día fue haciéndose una cuesta que conseguía subir con una copa". (RA-6)*. Cuando pasan sus efectos vuelven a encontrar el mismo vacío. *"pero al día siguiente, aparte de que me encontraba mal, tenía muchos remordimientos..." (RA -3)*.

Sin embargo, para la mujer cocainómana su experiencia y forma de relacionarse con la sustancia de la que depende le proporciona situaciones muy placenteras que rememora con cierta añoranza. El consumo supone para la mujer cocainómana incluso un medio para mejorar las relaciones sexuales.

"La sensación de libertad, fuerza, coraje, vitalidad me la daba ella...con el tiempo me cansé de salir, me quedaba en casa, pero seguí consumiéndola. No quería renunciar a tanta satisfacción." (RC.-3)

"Todos los fines de semana pillábamos para disfrutar del sexo porque yo me cohibía en la cama y con eso me soltaba" (RC.-1)

En contraposición las mujeres alcohólicas se sienten utilizadas sexualmente por la pareja, y utilizan el consumo para que las relaciones sexuales no les resulten tan desagradables.

"Decía que me volvía muy divertida cuando bebía y me "violaba" todas las noches dos o tres veces.... Perdí todo interés sexual por él, no me gustaba. Y él, al contrario, me agobiaba con el sexo... Y entonces él pretendía sexo y más sexo y me obligaba a vestirme de enfermera, de camarera, etc., para hacer juegos eróticos que no acababan nunca. Empecé a beber. Empecé poco a poco, para darme valor, para seguir, para anestesiar... y acabó muy mal." (RA - 2)

Respecto a la familia de las mujeres cocainómanas, ésta es la primera en sufrir los robos y engaños, aunque estos también se dan en el trabajo y otros ámbitos. Las cocainómanas refieren reiteradamente la falsedad de las relaciones con la familia mientras están consumiendo. *"Los problemas con los que me he encontrado han sido el engañar a mi marido y a mi familia, gastarme el dinero que teníamos y en robar dinero del negocio..." (RC-5)*. Las mujeres esconden el consumo, pero el acceso a la sustancia para las cocainómanas es más difícil y costoso, por lo que el engaño es todavía mayor y desarrollan una conducta más antisocial. *"Todo empezó a funcionar mal, mentiras a mi familia, pérdida de empleo. No quería relacionarme con nadie. Me abandoné a nivel personal, depresión..." (RC-6)*.

El sentimiento de culpa lo manifiestan precisamente por esos engaños, más que por el consumo en sí. *"...porque estuve engañando a los que me rodeaban y ante todo a mí misma." (RC-3)*.

En general la mujer cocainómana manifiesta menor sentimiento de culpa que la mujer alcohólica, probablemente porque la carga moral que genera socialmente una y otra sustancia es diferente. La alcohólica manifiesta la culpa por su adicción al alcohol mientras que la cocainómana se siente más culpable por las consecuencias de su consumo, en la medida que repercuten sobre los familiares más próximos.

Otro aspecto a destacar es que las cocainómanas reciben mayor apoyo de sus parejas para dejar la adicción. Aunque cabe mencionar, que dos de las mujeres alcohólicas tenían pareja consumidora de drogas, mientras que en el caso de las mujeres cocainómanas, ninguna tenía pareja drogodependiente en la actualidad.

"...empecé a sacar tarjetas y préstamos todo a espaldas de mi marido, hasta que se enteró y se lió una bronca, pero me ha apoyado siempre..." (RC -1).

"Ahora estoy viviendo con mi novio, que llevo casi un año, pero saliendo con él, diez años..." (RC -2).

El sentimiento de culpa y la baja autoestima aparecen de inmediato en las mujeres alcohólicas, y por tanto se aíslan del mundo que las rodea, pierden la capacidad de relacionarse, dejan de cumplir las tareas correspondientes al rol de mujeres, como modelo institucionalizado de comportamiento, y en definitiva, se esconden para no reconocer ni ser reconocidas.

"Estaba tan aislada en mi mundo, que me desdoblaba para poder vivir, (si eso es vivir), en el exterior" (RA - 4).

"Dejé los estudios, dejé de trabajar, hacía lo mínimo indispensable en casa y bebía continuamente...Después de diez años no tenía amigos, no conocía a nadie, mis hermanos tenían ya su vida propia" (RA - 2).

Cuando traspasan la barrera de la dependencia al alcohol inician un proceso de autocompasión y autojustificación para seguir bebiendo. *"Yo bebo porque tengo muchos problemas psicológicos y psiquiátricos y cuando no puedo más, cuando no resisto más el sufrimiento, bebo, porque me aferro a algo para seguir viviendo". (RA - 2)*

Percepción del tratamiento

Entre los motivos que las mujeres manifiestan para tomar la decisión de ponerse en tratamiento, aparecen los hijos con un peso importante, siendo igual para las alcohólicas que para las cocainómanas.

"He sido mamá hace un mes y medio y la verdad es que me ha venido muy bien, tengo un buen aliente para seguir la vida sin consumir, la vida ha dado un vuelco importante." (RC-2)

"En mi vida ahora creo que lo valoro todo, pero lo que más es a mi hijo, el compartir cosas...y no quiero perdermelo ni que el lo eche en falta." (RC-5)

"Supongo que fue por mi hijo por quien decidí poner algo de mi parte." (RA - 6)

Tanto en el caso de las mujeres alcohólicas como cocainómanas, suele ser la familia de origen quien les ayuda para iniciar el tratamiento, siendo un gran apoyo para las mujeres, ya que por lo general las parejas tienden a ocultarlas.

Son sobre todo las figuras femeninas: madres, hijas, hermanas y en definitiva, mujeres cercanas al entorno íntimo las que acompañan a las mujeres durante el tratamiento y la rehabilitación.

"...y con la ayuda de mi familia, que se dieron cuenta que no era normal lo que pasaba, yo les dije en la situación en que me encontraba y que necesitaba ayuda... He tenido y tengo el apoyo de mi familia." (RC - 6)

Respecto a los apoyos durante el proceso de recuperación, se observa que la cocainómana nombra en menor medida a quienes le ayudaron a salir de la dependencia, mientras la alcohólica se siente muy agradecida y lo reitera.

"Que quién puede apoyarme... todos vosotros, los de la Asociación y amigos nuevos que conozco y por supuesto mi hermana y mis sobrinos." (RA - 3)

Respecto a la percepción social que las propias mujeres sienten sobre sí mismas, parece ser que las cocainómanas no se perciben tan marginadas socialmente como las alcohólicas. Este estigma social que recae sobre las mujeres puede suponer una barrera para el tratamiento y deriva en un mayor sentimiento de culpa de las alcohólicas respecto de las cocainómanas.

"Orgullosa por haber superado mi adicción a la cocaína y poder contarle para que pueda servirle de ejemplo a alguien..." (RC - 6).

"...empecé a separarme de todo y a sentirme desarraigada incluso de mi profesión...guardo muchos silencios y procuro dar una opinión secundaria, como si me disculpase. Hasta creo que me disculpo cuando me ataco a mí misma." (RA - 4).

Tanto las mujeres alcohólicas como las cocainómanas valoran la abstinencia por todo lo que recuperan socialmente: la relación con la familia, retomar las tareas que realizaban, hacerse cargo de sus hijos, y rehacer vínculos sociales.

"Cuando me levanto tengo ganas de gritar, de cantar, de llenarme los pulmones de aire puro...Disfruto de cualquier cosa...Disfruto cada momento que paso con mi gente, participo, opino, aconsejo". (RC - 3).

"Bueno, ahora ya hace un año y mi vida ha cambiado un cien por cien. Vuelvo a trabajar, salgo, me río, mi relación con mi marido es estupenda y con mi hijo genial. Le hacía falta una madre." (RA - 6).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que las mujeres cocainómanas identifican el inicio del consumo y el propio proceso de su adicción con situaciones placenteras, aunque el sentimiento de culpa aparece por los engaños a familiares derivados de su necesidad de consumir. Sin embargo, las mujeres alcohólicas se sienten culpables por el consumo en exceso. De manera inconsciente algunas mujeres pueden haber recurrido al alcohol por la desinhibición que les produce y que les permite mantener posturas poco conformistas. La conformidad y el cumplimiento de la norma social se le imponen a la mujer en mayor medida que al hombre. La estructura social ha sido poco permisiva con conductas que no acaten las normas, los valores y las instituciones sociales, si quien pretende alterar el orden establecido es la mujer^{8,9}.

Un sentimiento de fracaso que manifiestan todas las mujeres tanto si dependen de una sustancia como de otra, es el abandono de los roles asumidos en el seno de las familias. Este sentimiento puede ser un estímulo para iniciar un tratamiento o bien un motivo para seguir consumiendo. A este respecto Meneses¹¹, afirma que: "recuperar la relación con los hijos es una motivación para cesar el consumo... aunque el sentimiento de culpa y la baja autoestima por no haber sido una madre adecuada resultan un inhibidor del tratamiento". El Equipo de Investigación Sociológica (EDIS)¹⁹, también se refiere al sentimiento de culpa como una dificultad para el abandono del consumo: "el descenso constante en su concepto de sí mismas supone un gran problema a la hora de iniciar la deshabituación y su posterior inserción".

Como se afirma en dicho estudio¹⁹ "las mujeres se sienten culpables por haber defraudado a su familia, a la sociedad y a sí mismas". El rol de la mujer como madre y la relación con el consumo de drogas ha sido remarcado en varios estudios^{20,21,22,23}. El enjuiciamiento social y el papel que se les atribuye a las mujeres provocan que desarrollen unas expectativas de cumplimiento de un rol social que se manifiesta en su evolución y conducta.

La percepción social que las propias mujeres tienen sobre sí mismas es diferente según el tipo de

droga consumida. Dada la permisividad social que existe hacia el consumo de alcohol, a las mujeres alcohólicas les cuesta reconocer su dependencia más que a las mujeres cocainómanas. De hecho, las mujeres alcohólicas no se suelen identificar como toxicómanas o drogodependientes²⁴.

Las mujeres cocainómanas tienen una mayor percepción de los límites de las normas de conducta como comportamiento normal o anormal pues desde el principio de su adicción tienen conciencia de estar desarrollando una conducta antisocial, mientras que la mujer alcohólica solo tiene esta percepción tras muchos años de consumo y deterioro. Según la encuesta domiciliaria EDADES 2005-2006²⁵, el 96,1% de los encuestados perciben como de alto riesgo el consumo habitual de cocaína (semanal o con mayor frecuencia), mientras que tan sólo un 42,9% considera el consumo habitual de alcohol como de alto riesgo.

Otra diferencia a destacar entre las mujeres cocainómanas y las alcohólicas, es que en las primeras el consumo se considera un instrumento para mejorar las relaciones sexuales. Está comprobado que la cocaína permite relacionarse más fácilmente con otras personas y llegar a mantener relaciones sexuales con mayor facilidad por la desinhibición que provoca. Pero, el sentido de este placer muchas veces está más relacionado con la liberación de las presiones sociales y morales que con la propia atracción sexual. Suele ser norma que la repetición del consumo provoque disfunción sexual y a largo plazo lo más frecuente es la disminución de la libido y anorgasmia en el caso de la mujer²⁶, aunque la euforia y desinhibición que produce en un principio el consumo de cocaína, aumente inicialmente la excitación sexual. Por otro lado, las mujeres alcohólicas no refieren episodios placenteros relacionados con el consumo, sino al contrario. El alcohol se ha considerado por muchas personas como un poderoso estimulante y/o excitante sexual, pero se ha constatado que, tanto en hombres como en mujeres, produce efectos negativos sobre las señales fisiológicas de excitación sexual. En las mujeres, incluso la ingesta moderada, dificulta la respuesta orgásmica^{27,28,29}.

Las mujeres drogodependientes se enfrentan a múltiples obstáculos en el acceso a tratamiento, unos son de tipo estructural, pues la política existente en la actualidad impone horarios rígidos, que dificultan compaginar las obligaciones en el hogar y el cuidado de los hijos. Otras barreras son de tipo cultural y/o social, como son las normas sociales, referentes al papel de la mujer, la estigmatización, vergüenza, y culpa por el consumo de drogas, por las conductas que realizan en momentos de consumo, o por los trabajos que realizan para poder costearse la droga^{30,31,32,33,34}. Todo ello hace que en ocasiones les resulte difícil reconocer el problema y acudir a pedir ayuda, también influye el miedo a perder la tutela de sus hijos, la falta de apoyo

familiar y de sus parejas, y el miedo a perder la relación con éstas.

En términos generales, las parejas de las mujeres adictas no suelen ayudarlas para iniciar un tratamiento^{35,36,37}, ni constituyen un apoyo durante el proceso de rehabilitación, sobre todo en el caso de las alcohólicas. La mayoría de los apoyos que reciben las mujeres durante el tratamiento provienen de figuras femeninas de sus familias de origen.

El presente estudio presenta una serie de ventajas y limitaciones. El procedimiento metodológico utilizado da potencialidad para descubrir variables significativas y relaciones básicas entre variables, realizándose un análisis del proceso de la dependencia de las mujeres alcohólicas y cocainómanas desde su propio discurso. Entre las limitaciones está el reducido número del tamaño de la muestra decidiéndose no entrevistar más de doce casos siguiendo el criterio de saturación o redundancia. No se ha perseguido una representación estadística, ya que la investigación se ha centrado en el desarrollo de conceptos con los que entender mejor el significado de las conductas adictivas en las mujeres. Otras posibles limitaciones del estudio son que la información no ha sido contrastada con otros informantes, podría existir un sesgo cultural para expresarse por escrito y que el tema tratado se refiere a periodos prolongados y complicados de la vida del sujeto lo que podría influir en el relato de vida. No obstante, todas las participantes en el estudio presentaban un nivel educativo adecuado para participar en el mismo.

El presente trabajo muestra por tanto que existen diferencias entre las vivencias y problemas asociados de mujeres dependientes de alcohol y cocaína, pero existe un problema común y es el de las barreras que retrasan el acceso a tratamiento y la falta de apoyo que disminuye la adherencia al mismo una vez lo comienzan. Sería recomendable adaptar la estructura asistencial existente a la promoción de servicios sensibles a las necesidades de la mujer, por lo que continuar con la investigación en esta área podría contribuir positivamente en esta difícil tarea.

AGRADECIMIENTOS

Los resultados que se presentan en el siguiente artículo, son parte de una investigación llevada a cabo en la Comunidad Valenciana en el marco de un estudio financiado por: Conselleria d'Empresa, Universitat I Ciència. GV05/279. Direcció General d'Investigació i Transferència Tecnològica. CSISP, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Este estudio no hubiera sido posible sin la participación desinteresada de las mujeres alcohólicas y cocainómanas que tomaron parte en la investigación, así como la colaboración de los profesionales de los centros, para facilitar en todo momento el trabajo de campo.

REFERENCIAS

1. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2004.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, Informe Nº 4. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2001.
3. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, Informe Nº 6. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2003.
4. Elzo J. Sociología y epidemiología de los consumos. En: Drogas: nuevos patrones y tendencias de consumo. Madrid: Doce Calles; 2000. p. 14-38.
5. Sánchez L. Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trast Adict.* 2001; 3: 85-94.
6. Romo N, Gil E. Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentarse al malestar. *Trast Adict.* 2006; 8: 243-50.
7. Llinares MC, Santos P, Albiach C, Camacho I, Palau C. Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones* 2006; 18: 371-6.
8. Gómez J. El alcoholismo femenino, una perspectiva sociológica. Valencia: Octaedro-Rialta; 2005.
9. Esteban ML. Re- producción del cuerpo femenino. Donostia: Gakoa; 2001.
10. Urbano A. El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en tratamiento residencial. *Trast Adict.* 2006; 8: 276-81.
11. Meneses C. Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trast Adict.* 2006; 8: 261-75.
12. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 981-1010.
13. Allport GW. La personalidad. Su configuración y desarrollo. Barcelona: Herder; 1970.
14. Glaser BG, Strauss A. The discovery of ground theory. Chicago: Aldine; 1967.
15. Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 1997.
16. Znaniecki F. The method of sociology. New York: Rinehart & Company Inc; 1934.
17. Robinson WS. The logical structure of analytic induction. *Am Sociol Rev* 1951; 16: 812-818.
18. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós Studio; 1987.
19. EDIS. Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005.
20. Frari SA, Bernal MC. Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005; 13: 1118-26.
21. Bernal MC, Frari SA, O'Brien B. Mujeres viviendo en el contexto de drogas (y violencia) - el papel maternal. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005; 13: 1142-7.
22. Schuchman N. Substance-abusing mothers and disruptions in child custody: An attachment perspective. *J Subst Abuse Treat.* 2005; 30: 197-204.
23. Ortendahl M. Smoking as a decision among pregnant and non-pregnant women. *Addict Behav.* 2006; 31: 1806-19.
24. Gómez J. El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trast Adict.* 2006; 8: 251-60.
25. EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas 2005-2006. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2006.
26. Caballero L. Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
27. Vázquez B. Agresión sexual. Evaluación y tratamiento de menores. Madrid: Siglo XXI; 1995.
28. López F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amarú; 1995.
29. Cantón J, Cortés M.R. Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid: Siglo XXI; 1997.
30. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas; 2005.
31. Tomás-Dols S, Valderrama-Zurián JC, Vidal-Infer A, Samper-Gras T, Hernández-Martínez MC, Torrijo-Rodrigo MJ. Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones* 2007; 19: 169-78.
32. Goldberg ME. Substance-abusing women: False stereotypes and real needs. *Soc Work.* 1995; 40: 789-98.
33. Cuskey WR. Female addiction: A review of the literature. *J Addict Health.* 1982; 3: 3-33.
34. Wells D, Jackson JF. HIV a chemically dependent women: Recommendations for appropriate health care and drug treatment services. *Int J Addict.* 1992; 27: 571-85.
35. Campbell N. Using women: Gender, drug, policy and social justice. New York: Routledge; 2000.
36. Hedrich D. 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; 2000.
37. Goldberg ME. Substance-abusing women: False stereotypes and real needs. *Soc Work* 1995; 40: 789-98.