

Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales

Gómez J¹, Valderrama-Zurián JC², Tortajada S³, Girva T¹, Clari E¹, Saiz A¹

¹Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia

²Generalitat Valenciana

³Coordinadora proyectos Triaciencia

Resumen

Objetivo: El presente estudio pretende conocer los comportamientos violentos de hombres y mujeres consumidores de cocaína desde la perspectiva de los profesionales del área de drogodependencias y la violencia.

Metodología: Se utilizó metodología cualitativa, concretamente se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra representativa de profesionales de Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y de Centros Mujer 24 Horas (CM24H) de la Comunitat Valenciana. El análisis de los datos, a excepción de las preguntas cerradas que se analizaron estadísticamente, se realizó siguiendo la Grounded Theory, lo que implica un método de comparaciones constantes que intenta generar teoría a partir de los datos empíricos y ofrece la posibilidad de comprensión del fenómeno desde el interior del mismo.

Resultados: En opinión de los profesionales los hombres manifiestan más violencia de tipo físico que las mujeres, siendo más probable que éstas manifiesten su violencia verbalmente. Las conductas violentas suelen ir dirigidas hacia la pareja en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres hacia sus hijos. Los hombres cocainómanos tienen más redes de apoyo en el proceso de tratamiento, normalmente reciben soporte de su pareja, no ocurriendo así en el caso de las mujeres cocainómanas que normalmente comienzan el tratamiento por voluntad propia y son apoyadas por algún miembro de su familia, que normalmente suele ser una mujer. Es habitual la existencia de violencia durante el proceso de tratamiento, pues las mujeres que se encuentran incluidas en estos programas de tratamiento suelen ser víctimas de violencia.

Discusión: La relación entre consumo de cocaína y violencia es muy compleja, en este estudio se indica que las conductas violentas entre consumidores de cocaína pueden variar según género. Es importante continuar la tarea investigadora para profundizar en estas diferencias y mejorar así la calidad de los programas asistenciales dirigidos a esta población.

— 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).
Teléfono: 963828191/29 Fax: 963828188
Correo electrónico: josefa.gomez@uv.es



Palabras Clave

Cocaína, conductas violentas, género, tratamiento.

Summary

Objective: This study tries to evaluate violent behaviours among males and females cocaine users from the perspective of professionals of drug abuse and violence area.

Methodology: Qualitative methodology was used. The semistructured interviews were administered to a representative sample (N=35), of professionals working in public outpatient treatment centres (Unidades de Conductas Adictivas) and in public violence treatment centres (Centro Mujer 24 Horas (CM24) of the Autonomous Region of Valencia. A Grounded Theory based data analysis was conducted and some closed questions were statistically analysed.

Results: Type of violence differs by gender; men tended to be more physically violent and women more verbally violent. Men tended to be violent with their partners, and women tended to be violent with their children. Male cocaine addicts tend to have more support networks than women when they request treatment, and are usually supported by their partner. On the other hand, women generally seek treatment by themselves; they are not often supported and, if they do have support, this comes from a member of their family (normally a woman). Violence tends to appear during the treatment process, and women who request treatment are usually victims of domestic violence.

Discussion: The relationship between cocaine and violence is very complex, but this study indicates that cocaine users' violent behaviours may vary by gender. It is important to investigate in depth those differences in order to improve the quality and outcomes of treatment programs.

Key Words

Cocaine, violent behaviours, gender, treatment.

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 los profesionales de las UCA y CM24H.



INTRODUCCIÓN

La cocaína en forma de sal (clorhidrato) ó "cocaína en polvo", es la segunda droga ilegal más consumida en España. Así, el 7% de las personas entre 15 y 64 años la ha probado alguna vez, el 3% lo han hecho durante el último año y 1,6% en el último mes (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006).

Al igual que en otras adicciones, hay considerables diferencias entre hombres y mujeres respecto al uso, abuso y dependencia de drogas, como por ejemplo en las formas de inserción social y en las características socio-demográficas de la población, que requieren estrategias específicas en el manejo del problema (Gamella, 1997; Romo, 2001; Echaren, 2002; Gómez, 2005). Además, el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado entre las mujeres, debido fundamentalmente a los cambios socioeconómicos y laborales (Meneses, 2006). La mujer ha ido abriéndose paso desde una sociedad patriarcalmente jerarquizada con estructuras y normativas rígidas, hacia formas más laxas en la estructura familiar y social.

En lo que respecta a la relación entre el consumo de drogas y el desarrollo de patrones de conductas violentas, no es fácil determinar de qué forma puede expresarse dadas las diferentes manifestaciones que la violencia puede adoptar. Desde la década de los años 20 a la de los 70 del siglo XX, se realizaron múltiples estudios de investigación en relación con el tema de la violencia, la delincuencia y las drogas, pero existieron múltiples dificultades metodológicas que complicaron obtener conclusiones fiables sobre la naturaleza de la posible relación entre drogas-delincuencia-violencia. Uno de los errores más frecuentes de estos primeros estudios radicaba en buscar

conclusiones, casi exclusivamente, de la relación sobre el consumo de heroína y delitos contra la propiedad (Otero, 1996). En términos generales, se aceptaba que los usuarios de opiáceos mostraban una mayor tendencia a desarrollar delitos contra la propiedad que delitos contra las personas.

Desde finales de los años 60 hasta la actualidad, la principal sustancia implicada en crímenes violentos ha sido el alcohol, por delante de otras drogas ilegales (Gillet, Polard, Mauduit & Allain, 2001).

Con el incremento del uso de anfetaminas en los 70 y el desarrollo de redes de distribución de cocaína desde los años 30, los estudios empiezan a focalizar su atención en la relación entre efectos psicofarmacológicos de las drogas y comportamientos violentos como conductas referidas a un estilo de vida. Los resultados de estos estudios indican que ciertos tipos de drogas, como la cocaína, están asociados a comportamientos violentos. Pennigns, Leccese y Wolff (2002) tras realizar una revisión bibliográfica sobre la relación entre cocaína y alcohol, encontraron que la combinación de alcohol y cocaína potenciaba los pensamientos violentos y las amenazas, relacionándose directamente dicho consumo con un aumento de las conductas violentas.

Hay que señalar que los consumidores de drogas son generalmente más violentos que los no consumidores, y los individuos violentos generalmente toman más alcohol y drogas que los individuos no violentos (IAS, 2004). No obstante, adicción y violencia pueden darse de forma independiente o interrelacionada, de modo que aunque el consumo pueda ser, en algunas circunstancias, un factor de riesgo de conducta violenta, raramente es suficiente por sí solo para causarla. Pero más allá de la dirección que pueda adoptar esta relación, lo



cierto es que debido a la magnitud del problema de las drogas, existe una alarma social que ha derivado en un interés creciente por parte de los investigadores en estudiar la relación entre drogodependencia y violencia, siendo necesario adaptar las intervenciones sanitarias y sociales a las necesidades y especificidades de los colectivos a los que se dirige y teniendo en consideración la variable género.

Los profesionales que trabajan en estos ámbitos, aún teniendo una visión excepcional de las consecuencias que produce el consumo, no pueden estar completamente liberados de una concepción condicionada por los valores sociales, porque ellos mismos se han socializado en un contexto que así lo entiende. Precisamente esa subjetividad que impregna los planteamientos objetivos y racionales, enriquece el conocimiento del fenómeno que se vive a diario desde perspectivas diferentes y en ocasiones opuestas.

El objetivo del presente estudio es conocer los comportamientos violentos asociados al consumo de cocaína y los condicionantes que surgen en relación al tratamiento de dichas conductas desde la perspectiva de los profesionales que trabajan tanto en el tratamiento de la adicción como en el área de la violencia.

MATERIAL Y MÉTODO

La población objeto de estudio han sido los profesionales de centros de atención ambulatoria a población drogodependiente (profesionales que intervienen en los procesos de tratamiento y rehabilitación de cocainómanos/as), y los profesionales de programas específicos para mujeres (profesionales de la atención a mujeres víctimas de conductas violentas).

La muestra estudiada ha sido de 29 profesionales (20 médicos, 7 psicólogos, 1 DUE, 1 trabajadora social) de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) de la Comunitat Valenciana y 6 profesionales de los Centros Mujer 24 Horas (CM24H). En cada uno de los CM24H (Valencia, Castellón y Alicante), se ha entrevistado a una trabajadora social y a una psicóloga.

Para la recogida de información se han realizado entrevistas semiestructuradas. La función en el proceso de la investigación ha sido doble. Por un lado, se ha pretendido colocar a todos los entrevistados en la misma situación psicológica y, por otro lado, se ha facilitado y asegurado la comparabilidad de las respuestas (García, 2000). Se han diseñado dos modelos diferentes de guiones de entrevista, una para los profesionales de las UCA y otra para la de los CM24h. Ambos tenían áreas temáticas comunes, aunque determinadas preguntas se han adaptado a los profesionales a los que se dirigían, dependiendo del tipo de centro.

Se ha elaborado el guión en base a preguntas mayoritariamente abiertas con la intención de evitar encasillar las respuestas y permitir al entrevistado la aportación de su propio discurso, basado en la experiencia. Respecto al contenido de temas, se han agrupado en tres bloques: consumo de cocaína, violencia y tratamientos. Las preguntas se han planteado buscando las relaciones existentes entre los temas de los tres bloques. En el apartado que se refiere a tipos y objetos de la violencia se solicitó de los profesionales que asignaran un valor en una escala de 1 a 3, diferenciando por géneros, en la cual 1 es el valor mínimo y 3 el máximo. Los ítems a valorar eran tipos de violencia: autodestructiva, física, psicológica, verbal, económica y sexual; y objetos de



violencia: pareja, hijos, padres, hombres no familiares y mujeres no familiares.

En la presente investigación se ha utilizado la metodología cualitativa, por ofrecer la posibilidad de comprensión del fenómeno desde el interior del mismo. El análisis cualitativo realizado está basado en la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967; Vallés, 1997), lo que implica un método de comparaciones constantes que intenta generar teoría a partir de los datos empíricos. Consecuentemente, la teoría fundamentada es leída por sus “descubrimientos” o por su teoría, sin resistir al hecho de que quienes trabajan desde la teoría fundamentada se ven ellos mismos como escribiendo teoría de la mano de datos que dan cuenta de la misma (Strauss 1987).

En el análisis se ha tenido en cuenta la perspectiva de los profesionales que conocen las peculiaridades del fenómeno y la variable género para descifrar cómo los sujetos implicados en la atención de estos problemas, interpretan los ámbitos, los niveles y las diferentes formas conductuales que puedan tener relación con la violencia. Asimismo, se ha combinado la cuantificación objetiva de las respuestas con la descripción e interpretación del contenido de los discursos.

RESULTADOS

I. Comportamientos violentos y consumo de cocaína

La totalidad de los profesionales encuestados en las UCA opina que existe relación entre la adicción a la cocaína y el desarrollo de conductas violentas. En cuanto a la justificación de esta respuesta, más del 80% respondieron que la cocaína provoca irritabilidad o agresi-

vidad. Con valores inferiores, se encuentra la desinhibición y el cambio químico-neurológico producido en el cerebro.

Consecuencias del consumo de cocaína

La consecuencia más respondida por los/as profesionales han sido los “trastornos de personalidad”. Casi dos tercios de los encuestados los consideran relacionados en ambos géneros con la adicción a la cocaína.

“Uno de los trastornos de personalidad más corriente de las mujeres que vienen aquí es el trastorno límite de la personalidad”.

Un porcentaje inferior al 7% opina que únicamente aparecen en hombres. Les siguen en importancia la ansiedad y la depresión, con un 45%. En este caso, las diferencias en función del género no son significativas (gráfico 1).

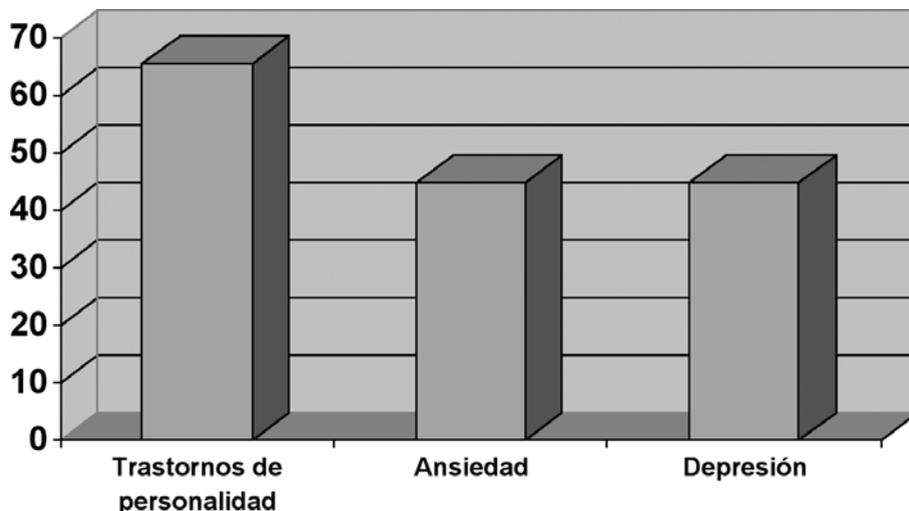
Los trastornos de la alimentación aparecen como motivo de inicio del consumo en el caso de las mujeres. Otros problemas planteados son: sentimiento de culpa, celos en los hombres, inmadurez y dificultad en la toma de decisiones, trastornos o perversiones sexuales y trastornos de la percepción.

En referencia a los profesionales de los CM24H se ha comprobado que de la totalidad de las profesionales entrevistadas, el 66% piensan que las mujeres que reciben maltrato sí que manifiestan que ellas o sus parejas son consumidores de cocaína, en el caso de que exista el consumo. El resto de profesionales opina que si quien consume es la pareja, este hecho se manifiesta siempre; mientras que si son las propias mujeres del centro las que consumen no siempre lo verbalizan. Esto depende en muchos casos de si el consumo es esporádico o no.

La totalidad de las profesionales de CM24H entrevistadas piensa que las mujeres que re-



Gráfico 1. Trastornos psicológicos producidos por la adicción a la cocaína (%)



ciben maltrato no suelen consumir drogas de manera habitual. Aunque algunas de ellas lo hacen de manera puntual. Las profesionales añaden a su discurso que los hombres que ejercen maltrato no son consumidores de cocaína, que no es una cuestión que se pueda generalizar. No es necesario consumir ninguna sustancia para ser maltratador. Se trata de un problema mucho más profundo que se intensifica cuando existe la presencia de la cocaína. El 33% de ellas opina que de entre los consumidores, la mayoría no consumen sólo cocaína, sino que lo hacen junto con el alcohol.

Situaciones de maltrato

Prácticamente la mitad de los/las profesionales de las UCA afirma que las mujeres

adictas a la cocaína han sufrido algún abuso físico y/o psicológico en su infancia o adolescencia, incluidos los abusos sexuales.

“A menudo, las mujeres toxicómanas y alcohólicas, y por cualquier tipo de droga, han sido objeto de malos tratos.”

“Si entendemos maltrato como privación afectiva, desde luego hay mucho maltratado aquí”.

El mismo hecho en los hombres se reduce significativamente. Aproximadamente un 25% de profesionales cree que hubo abuso durante el período de la infancia y/o adolescencia de los varones.

Por otra parte, el 62,07% de los/las encuestados/as afirma que las mujeres adictas a la cocaína sufren maltrato mientras llevan a cabo el tratamiento de desintoxicación y/o



deshabitación. Este maltrato es ejercido salvo excepciones por figuras masculinas, en la mayor parte de los casos, sus parejas.

Según el 66% de las profesionales encuestadas en los CM24h, el hombre es más violento e impulsivo que la mujer; debido al proceso de socialización que ha recibido.

"también existe diferencia en el tipo de violencia de uno u otro género, siendo la violencia del hombre más externa que la de la mujer, que es más autodestructiva."

2. Tipos y objetos de violencia

Tipos de violencia

Respecto a los tipos de violencia, existen diferencias importantes en cuanto al género, especialmente en lo referido a la violencia física y sexual. La violencia física en los hombres es valorada con la puntuación máxima (3) por casi las tres cuartas partes de los/las profesionales encuestados/as. En las mujeres este tipo de violencia es poco significativa.

Respecto a la violencia sexual, aunque la diferencia de género no es tan importante como en la física, sigue siendo muy significativa. Más de la tercera parte de los profesionales opinaron que este tipo de violencia es ejercida de forma muy intensa y frecuente por los hombres, con una puntuación de 3, mientras que sólo uno de los profesionales opinó lo mismo de las mujeres; no obstante matizó que esta violencia, a diferencia de los hombres, se manifiesta en forma de negación como un instrumento de castigo o de chantaje.

En cuanto a la violencia autodestructiva, ésta se da en ambos géneros. No obstante, es significativamente mayor en el sexo femenino, ya que más de la mitad de los profesionales

dieron la puntuación de 3 a las mujeres, mientras que menos del 30% dieron el mismo valor a los hombres. Si nos fijamos en el valor mínimo (1), la relación se invierte: un tercio de los encuestados lo asignó al sexo masculino y menos del 20%, al femenino.

Las distancias se acortan si se consideran otros tipos de violencia como la verbal y la psicológica. Aparecen valores similares en los dos géneros, siendo ligeramente mayores en el caso de la violencia psicológica por parte de las mujeres. En cuanto a la violencia verbal, hay una división de opiniones entre los profesionales. Mientras una parte de ellos considera que este tipo de violencia es mínima en el caso de las mujeres y que está por debajo de la de los hombres, un porcentaje muy similar opina que a pesar de que los hombres son muy violentos verbalmente, las mujeres los superan (cuadro 1).

Objetos de violencia

En cuanto a los objetos de violencia, también se encuentran diferencias en cuanto al género. Los hombres tienen como objeto de violencia principalmente a la pareja. Cerca de un 60% de los/las profesionales encuestados/as valora la violencia de los hombres hacia sus parejas con el valor máximo. Le siguen los hijos y los padres, y en muy pocas ocasiones se da en otros hombres o mujeres no familiares.

En el caso de las mujeres, el 50% de las profesionales encuestadas opina que éstas dirigen la violencia hacia los/las hijos/as. En muchos casos más que violencia se trata de una desatención en el cuidado de los mismos. Se menciona el descuido hacia los hijos en las mujeres y no en los hombres, lo que supone que piensan que el cuidado de los/las hijos/as es responsabilidad de ellas y no de sus parejas.

**Cuadro 1.** Tipos de violencia

Tipos de violencia	Hombres						Mujeres					
	1	%	2	%	3	%	1	%	2	%	3	%
Autodestructiva	9	33.33	10	37.04	8	29.63	5	18.52	8	29.63	14	51.85
Física	1	3.71	6	22.22	20	74.07	26	96.29	1	3.71	0	0.00
Verbal	2	7.42	14	51.85	11	40.73	5	18.52	7	25.92	15	55.56
Psicológica	6	22.22	12	44.44	8	29.63	5	18.52	10	37.04	11	40.73
Sexual	10	37.04	6	22.22	10	37.04	20	74.07	2	7.42	1	3.71
Económica	5	18.52	9	33.33	13	48.15	13	48.15	7	25.92	4	14.82

Al contrario que los hombres, en muy pocas ocasiones el objeto de violencia es la pareja o los padres. La mitad de los/las profesionales opina que la violencia de la mujer hacia la pareja es casi inexistente. No son objeto de violencia para las mujeres otros hombres o mujeres no familiares.

En cuanto al resto de objetos de violencia, las diferencias de género no son significativas, aunque en términos generales, la violencia de los hombres alcanza valores más altos que la de las mujeres (cuadro 2).

3. Aspectos del tratamiento

Motivaciones para su inicio

La presión familiar es el primer factor que según los/as profesionales entrevistados/as lleva a las personas adictas a la cocaína a iniciar un tratamiento. Cerca de un 50% lo cree así. Los problemas laborales y el dete-

rioro físico y/o psíquico parecen ser menos importantes.

Hay que destacar ciertas diferencias de género que observan los/as encuestados/as en estas motivaciones:

– Más del 20% destacó la maternidad como una motivación muy importante en las mujeres para iniciar el tratamiento, mientras que la paternidad es un motivo inexistente para el hombre (0%).

– Prácticamente un 38% de los/as entrevistados/as señala que las mujeres acuden a tratamiento por iniciativa propia. En el caso de los hombres ningún/a profesional ha indicado este ítem, necesitando pues estos últimos una motivación externa. Sin embargo, el miedo a ser abandonado por la pareja sólo se manifiesta en los hombres, con casi un 14%.

“Cuando vienen aquí, suelen venir casi siempre presionados, o por una situación familiar, o por una situación laboral o social...”



Cuadro 2. Objetos de violencia

Objeto de la violencia	Hombres						Mujeres					
	1	%	2	%	3	%	1	%	2	%	3	%
Pareja	2	7.42	9	33.33	16	59.25	13	48.15	7	25.92	6	22.22
Hijos	11	40.73	13	48.15	2	7.42	12	44.44	10	37.04	3	11.11
Padres	4	14.82	14	51.85	8	29.63	7	25.92	10	37.04	8	29.63
Hombres no familiar	8	29.63	10	37.04	5	18.52	18	66.67	3	11.11	0	0.00
Mujeres no familiares	12	44.44	7	25.92	4	14.82	13	48.15	8	29.63	0	0.00

Causas que influyen en el abandono del tratamiento

La dificultad de controlar los impulsos que tienen los adictos a la cocaína provoca que se abandone el tratamiento, sin que haya existido un proceso reflexivo. Entre las causas que más influyen en el abandono del tratamiento, destacan el exceso de confianza (37.93%) y la falta de motivación (44.82%). Otras causas de abandono son la frustración ante las dificultades del tratamiento, el miedo al cambio, la influencia de la pareja consumidora, la presión del grupo de iguales, sobre todo en los hombres y el "craving". El impulso de consumir es en ocasiones irresistible, y a pesar del apoyo de los profesionales, la persona no puede evitar el interrumpir la abstinencia.

Respecto a las presión de iguales, una gran proporción de adictos deberán suspender el contacto con sus amistades, temporal o incluso definitivamente, para poder recuperarse.

Incluso en el caso de que no sea presionado, simplemente el frecuentar el grupo con el cual realizaba su consumo, es un gran riesgo.

En ocasiones el abandono del tratamiento se debe a la dificultad de encontrar trabajo, a causa de la incompatibilidad de horarios. La atención suele realizarse en horario matutino, lo cual puede obstaculizar la inserción laboral. En el momento en que la persona percibe que ha experimentado una mejoría y que el tratamiento interfiere en su trabajo, el riesgo de abandono incrementa notablemente. Paradójicamente, el éxito del proceso de recuperación y reinserción puede actuar como un obstáculo para la completa rehabilitación, si el usuario malinterpreta los buenos resultados y no persevera, como resultado de un excesivo optimismo.

Según algunos/as profesionales, otra causa para el abandono del tratamiento tiene que



ver con el enfoque excesivamente medicalizado, que no tiene en cuenta factores psico-sociales. Cuando los tratamientos son únicamente médicos y farmacológicos, y no contemplan los tres componentes de un abordaje integral (social, psicológico y biológico), el riesgo de fracaso es muy alto. El paciente no va a desarrollar estrategias de afrontamiento ni se le va a proporcionar el apoyo social necesario mediante otros recursos o profesionales cuya actuación es determinante. La propia persona percibe esta circunstancia, desmotivándose a menudo al pensar a qué se va a aferrar cuando el tratamiento farmacológico concluya.

Apoyos personales durante el tratamiento

La fuente principal de apoyo para los/as cocainómanos/as durante el tratamiento es la familia en el caso de las mujeres (79,31%), en el caso de los hombres es la pareja (68,96%), siendo este apoyo muy inferior para las mujeres (17,24%). Es importante destacar que un 10,34% de los/las profesionales considera que las mujeres no cuentan con ningún apoyo durante el tratamiento (gráfico 2).

Coinciden en esta opinión las profesionales de los CM24h, ya que el 100% de las entrevistadas piensa que las mujeres que reciben maltrato se apoyan en la familia principalmente para superar la situación que están atravesando. Además el 60% opina que también lo hacen en los amigos y el 33% en las profesionales, ya que creen que aunque las mujeres que reciben maltrato buscan el apoyo familiar, la familia no acaba de entender el proceso por el que están atravesando. Por ello, las usuarias piensan que son las profesionales quienes mejor van a comprenderlas y que no van a ser juzgadas por parte de éstas.

Al igual que las usuarias de las UCA, el apoyo que reciben las mujeres maltratadas, ya sea de la propia familia o de las amistades, va a venir siempre de figuras femeninas, es decir, de madres, hermanas, primas, amigas.

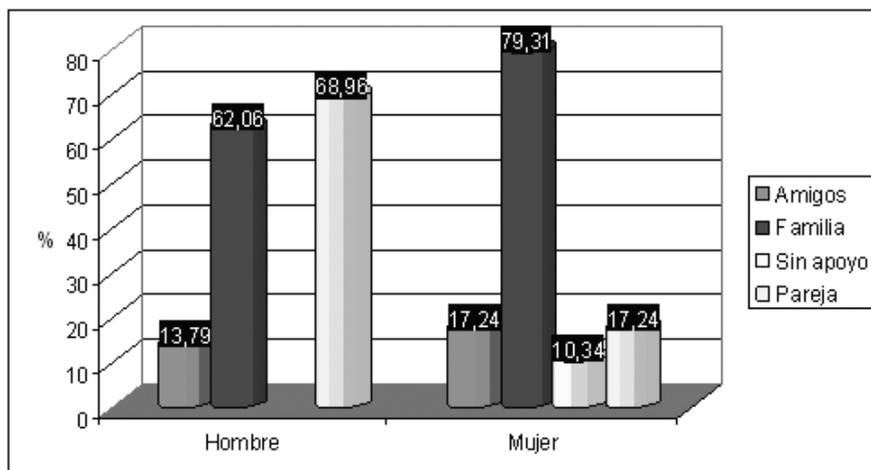
Respecto a la atención que se presta en las UCA a los problemas de violencia, casi un 80% de los/las profesionales afirman que desde sus unidades se trata específicamente las conductas violentas, aunque cerca de un 40% señala que el tratamiento es exclusivamente farmacológico. Tan sólo un 20% responde que el tratamiento es únicamente psicológico.

DISCUSIÓN

La relación existente entre el consumo de cocaína y el desarrollo de conductas violentas se ha comprobado en este y otros estudios, Walton, Chermack y Blow (2002) observaron que entre pacientes en tratamiento por consumo de drogas, los consumidores de cocaína mostraban índices de violencia más altos. Este incremento de conductas violentas conlleva claras consecuencias, pues en la actualidad, una de las principales causas de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años se debe a actos de violencia (OMS, 2002).

Los consumidores de drogas son generalmente más violentos que los no consumidores, y los individuos violentos generalmente toman más alcohol y drogas que los individuos no violentos (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990; IAS, 2004). El "modelo de la inducción al consumo" postula la posibilidad de que la violencia pueda ser un factor de riesgo para el consumo de drogas. Estudios longitudinales han establecido que el desarrollo de la conducta violenta precede al consumo de estas sustancias

Gráfico 2. Apoyos personales durante le tratamiento



“Yo te diría que los hombres están más apoyados que las mujeres... Supongo que somos las mujeres las que siempre hemos tenido la función de cuidadoras... Desde luego esto está cambiando, pero yo no creo que haya habido los suficientes cambios para que ellos sean los cuidadores. Fundamentalmente siguen siendo ellas, y ellas pacientes también tienen apoyos de ellas madres, de otras mujeres... pero yo veo mucha mujer sola, muchas de las mujeres vienen solas.”

(Robins, 1970; White, Brick & Hansell, 1993; Farrington, 1995;). Por otro lado, Collins y Messerschmidt (1993) observaron que los individuos violentos normalmente escogen amigos y estilos de vida que promueven el consumo de drogas. El “modelo de causa común” propone que el consumo de sustancias y la violencia no tienen un vínculo causal directo, sino causas comunes. Según Walters (1994), ambas -consumo de drogas y violencia/delinuencia- envuelven estilos de vida interrelacionados y su conexión cae dentro de la superposición que existe entre

estos dos estilos de vida desviados. Como se ha comentado anteriormente, la OMS (2002) identificó varios predictores de la violencia, incluyendo los factores individuales, los factores familiares, los factores grupales y los factores culturales.

Tal como se ha visto no es fácil determinar de qué forma o formas puede expresarse la relación drogas-violencia, pero hay que insistir en que el consumo de cocaína afecta el control de la agresividad normal, por lo tanto, este consumo puede predisponer a una conducta violenta.



Se ha observado una relación entre violencia experimentada en el pasado y el consumo de cocaína, siendo más frecuente en el caso de las mujeres que en el de los hombres. En este sentido existen múltiples datos que corroboran este hallazgo, pues dos terceras partes de todas las mujeres y una cuarta parte de los hombres que acuden a tratamiento por consumo abusivo de drogas o dependencia, han sufrido abusos sexuales y/o físicos (Oui-mette, Kimerling, Shaw & Moos, 2000; Clark, Masson, Belluci, Hall & Sees, 2001; Rice, Mohr, Del Boca, Mattson, Young, Brady, & Nickless 2001; Greenfield, Kolodziej, Sugarman, Muenz, Vagge, He et al. 2002). El abuso físico y sexual durante la infancia y/o juventud se ha asociado al desarrollo de problemas relacionados con drogas, problemas legales y de empleo (Oui-mette et al., 2000). Falck, Wang, Carlson y Siegal (2001) realizaron un estudio con mujeres consumidoras de cocaína y observó que el 62% de ellas había sufrido agresiones de tipo físico. Un estudio similar realizado por Siegal, Falck, Wang y Carlson (2000) entre consumidores de crack de ambos sexos, encontró que el 63% de estos consumidores había sufrido agresiones físicas y, en ocasiones, de considerable gravedad, existiendo diferencias significativas entre géneros, pues las mujeres eran las que más sufrían estas agresiones. El presente estudio muestra también que las mujeres suelen sufrir maltrato mientras llevan a cabo el tratamiento de desintoxicación y/o deshabituación, generalmente por figuras masculinas, en la mayor parte de los casos, sus parejas.

La reciente incorporación de la mujer a todas las esferas de la vida social, especialmente la laboral, ha propiciado que el consumo de ciertas sustancias, y concretamente la cocaína, haya aumentado en los últimos años

de forma espectacular, mientras la edad de inicio ha descendido equiparándose a la de los hombres.

A pesar del incremento del consumo por parte de las mujeres, sus demandas de tratamiento son mucho menores que las masculinas (Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004), ya que las barreras que encuentran son mucho mayores: las cargas familiares, la custodia de los hijos, etc. El control y la exigencia social son mucho más acusados que en los hombres. En la última década ha aumentado en siete puntos porcentuales la proporción de mujeres con problemas de drogas detectadas por los indicadores de urgencias y mortalidad por reacción aguda, situándose en el año 2002 en un 27,4% de mujeres del total de población atendida, mientras que se ha mantenido prácticamente constante la proporción captada por el indicador tratamiento, en torno a una media de 15,4% del total de admitidos (Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 6, 2003). La subrepresentación de las mujeres entre los pacientes que demandan tratamiento, indican una falta de orientación de los diferentes tratamientos a la necesidad y especificidades del género femenino.

Las motivaciones que conducen a las mujeres a iniciar tratamiento son mayoritariamente internas y acuden en mayor medida que los hombres por iniciativa propia; mientras que los hombres suelen acudir a tratamiento presionados por la familia o la pareja.

Los apoyos personales durante el tratamiento, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, suelen provenir de familia, generalmente de figuras femeninas. Los hombres suelen contar con el apoyo de sus parejas, pero no ocurre así en el caso de las mujeres. Esta función la suelen realizar las



madres, hermanas, amigas u otras familiares femeninas.

El abandono del tratamiento se debe fundamentalmente al exceso de confianza y la falta de motivación, aunque también se dan otros aspectos tales como: la inexistencia de un tratamiento farmacológico específico, el craving, la presión del grupo de iguales, la incompatibilidad de horarios entre el recurso y el trabajo, la falta de control de impulsos, y el hecho de que algunos tratamientos no contemplen un abordaje integral de la adicción.

Los problemas psicológicos más frecuentes en personas adictas a la cocaína son los trastornos de personalidad, la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios que pueden darse como consecuencia o como causa del consumo. La comorbilidad entre el consumo de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos se ha evidenciado en diversos estudios (Hesselbrock, Hesselbrock & Stabenau, 1985; Collins, Schlenger & Jordan, 1988; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, et al. 1990).

Es destacable la escasez de datos sobre sustancias psicoactivas como la cocaína y su relación con diferencias de género y violencia. En el estudio que se presenta, se ha descubierto una clara diferenciación entre las conductas violentas de hombres y mujeres consumidores de cocaína. Los hombres muestran una mayor violencia física frecuentemente dirigida hacia sus parejas, así como sexual; mientras que la violencia autodestructiva es más común en las mujeres. Con respecto a la verbal o psicológica, no existen diferencias significativas en ambos sexos. Otros trabajos apoyan estos resultados como es el caso de Logan, Wlaker, Staton y Leukfeld (2001) que realizaron un estudio con población de hombres encarcelados y encontraron que la cocaína estaba re-

lacionada con aquellos que mostraban mayor violencia contra sus parejas. También Bennett, Tolman, Rogalski y Srinivasaraghavan (1994) observaron en una muestra de hombres en tratamiento de drogas, que la frecuencia del consumo de cocaína se relacionaba con el incremento de conductas violentas físicas y psicológicas en la pareja.

En el estudio realizado se observa como las mujeres cocainómanas suelen ser víctimas de la violencia de sus parejas, al igual que postularon Goldstein Goldstein, Belluci, Spunt & Miller (1991) en su estudio, indicando que la cocaína influye en las conductas violentas tanto en hombres como en mujeres, pero los hombres consumidores habituales estaban más estrechamente asociados con actos violentos, en cambio las mujeres consumidoras habituales y las consumidoras esporádicas eran más proclives a la victimización de estos actos violentos, es decir, a ser agredidas. Así como los objetos de la violencia en los hombres suelen ser sus parejas, las mujeres suelen ejercerla hacia los/las hijos/as y la violencia hacia la pareja es prácticamente inexistente.

De todo lo expuesto se desprende que resultaría necesario desarrollar sistemas para atender tanto la problemática de la adicción como la del maltrato de una forma conjunta.

REFERENCIAS

- Bennett, L. W., Tolman, R. M., Rogalski, C. J. & Srinivasaraghavan, J. (1994). Domestic abuse by male alcohol and drug addicts. *Violence and Victims*, 9, 359-367.
- Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M. & Sees, K. L. (2001). Violent trauma-



tic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 121-127.

Collins, J. J. & Messerschmidt, P. M. (1993). Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol Health and Research World*, 17, 93-100.

Collins, J. J., Schlenger, W. E. & Jordan, B. K. (1988). Antisocial personality and substance abuse disorders. *Bulletin of the American Academy on Psychiatry Law*, 16, 187-198.

Echarren, C. (2002). *Enganchadas. Ellas nunca dicen no*. Plaza y Janés: Barcelona.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006.

Falck, R. S., Wang, J., Carlson, R. G. & Siegal, H. A. (2001). The epidemiology of physical attack and rape among crack-using women. *Violence and Victims*, 16, 79-89.

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*, 36, 929-964.

Gamella, J., Álvarez, A. (1997). *Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Gómez, J. (2005). *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Valencia. Octaedro-Rialla.

García M., Ibáñez J., Alvira F. (2000). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.

Gillet, C., Polard, E., Mauduit, N. & Allain, H. (2001). Acting out and psychoactive substances: alcohol, drugs, illicit substances. *Encephale*, 27, 351-359.

Glaser BG., Strauss A. (1967). *The discovery of ground theory*. Chicago. Advine.

Goldstein, P.J., Belluci, P.A., Spunt, B.J. & Miller, T. (1991). *Frequency of cocaine use and violence: A comparison between women and men*. En S. Schober & C. Schade (Eds.), *The epidemiology of cocaine use and abuse*, NIDA research monograph 110, (pp. 113-138). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.

Greenfield, S. F., Kolodziej, M. E., Sugarman, D. E., Muenz, L. R., Vagge, L. M., He, D.Y. et al. (2002). History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: a prospective study. *American Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 67, 227-234.

Hesselbrock, V. M., Hesselbrock, M. N. & Stabenau, J. R. (1985). Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 59-64.

Institute of Alcohol Studies (IAS). (2004). *IAS fact sheet: alcohol and crime*. Cambs, UK: Author.

Logan, T.K., Walker, R., Staton, M. & Leukfeld, C. (2001). Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence*, 16, 93-114.

Meneses C. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 261-75.

Observatorio Español sobre Drogas. *Informe 2004*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio Español sobre Drogas. *Informe nº 6 (2003)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre violencia y salud: resumen*. (2002).



Recuperado el 20 de febrero de 2007 de <http://www.ops.org.gt/docbas/Informe%20mundial%20sobre%20la%20violencia%20y%20la%20salud.pdf>.

Otero, J. M. (1996). *Droga y Delincuencia: Concepto, Medida y Estado actual del conocimiento*. Madrid: Ediciones Piramide.

Quimette, P. C., Kimerling, R., Shaw, J. & Moos, R. H. (2000). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7-17.

Penning, E. J., Leccese, A. P. & Wolff, F. A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773-783.

Regier, D.A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Rice, C., Mohr, C. D., Del Boca, F. K., Mattson, M. E., Young, L., Brady, K. T. & Nickless, C. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol* 62, 114-123.

Robins, L. N. (1970). The adult development of the antisocial child. *Seminars in Psychiatry*, 2, 420-434.

Romo, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis*. Donosita: Gakoa.

Siegal, H. A., Falck, R. S., Wang, J. & Carlson, R. G. (2000). Crack-cocaine users as victims of physical attack. *Journal of National Medical Association*, 92, 76-82.

Strauss A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 761-770.

Vallés M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociología.

Walters, G. D. (1994). *Drugs and crime in Lifestyle perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Walton, M. A., Chermack, S. T. & Blow, F. C. (2002). Correlates of received and expressed violence persistence following substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 1-12.

White, H. R., Brick, J. & Hansell, S. (1993). A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 62-77.