

DEPARTAMENT PSICOLOGIA BÀSICA

COCAÍNA Y CONDUCTAS VIOLENTAS : UN ESTUDIO
CUALITATIVO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

SILVIA TORTAJADA NAVARRO

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 24 de juliol de 2008 davant un tribunal format per:

- D. Francisco Tortosa Gil
- D. Enrique Cantón Chirivella
- D^a. M^a Asunción Martínez Román
- D^a. M^a Teresa Yeves Bou
- D. Rafael Aleixandre Benavent

Va ser dirigida per:

D^a. Josefa Gómez Moya

D^a. María Jesús López Latorre

D. Juan Carlos Valderrama Zurián

©Copyright: Servei de Publicacions
Silvia Tortajada Navarro

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7293-7

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Básica

Programa de Doctorado
Procesos Psicológicos y Actividad Humana



COCAÍNA Y CONDUCTAS VIOLENTAS:
Un estudio cualitativo desde una perspectiva de género

Tesis Doctoral

Autora: Silvia Tortajada Navarro

Directores: Dra. Josefa Gómez Moya
Dra. María Jesús López Latorre
Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián

Mayo 2008

Para mi querido y siempre presente Óscar, mi hermano del alma.

*“Vale más actuar exponiéndose a
arrepentirse de ello, que arrepentirse
de no haber hecho nada.”*

Giovanni Boccaccio

ÍNDICE

Agradecimientos.....	11
Prólogo	13
Introducción	17

CAPÍTULO 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo	23
1.1. La Cocaína a lo largo de la historia	23
1.2. Clases de cocaína.....	26
1.3. Mecanismo de acción de la cocaína en el organismo.....	27
1.4. Problemas relacionados con el consumo de cocaína.....	28
1.4.1. Problemas físicos relacionados con el consumo de cocaína	28
1.4.2. Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de cocaína	31
1.4.3. Problemas sociales como consecuencia del consumo de cocaína	35
1.5. Situación actual del consumo de cocaína	38
1.6. Criterios diagnósticos de la intoxicación, abuso y dependencia de cocaína	43
1.7. Tratamientos para el abuso o dependencia de cocaína	49
1.7.1. Farmacoterapia para la dependencia de cocaína.....	49
1.7.2. Psicoterapia para la dependencia de cocaína	51
1.7.3. Recursos para el tratamiento de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana	52
1.7.4. Barreras de tratamiento para las mujeres.....	55

CAPÍTULO 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos	61
2.1. Teorías sobre el origen de la violencia	61
2.2. Modelo ecológico y explicación de la violencia	66
2.3. Algunas definiciones sobre violencia.....	70
2.4. Tipos de violencia	72
2.4.1. Violencia autoinflingida	75
2.4.2. Violencia colectiva.....	76
2.4.3. Violencia interpersonal	76
2.5. ¿Por qué la violencia contra la mujer?.....	84
2.5.1. Ciclo de la violencia conyugal.....	85
2.5.2. Situación actual de la violencia de género.....	87
2.6. Violencia y su relación con las drogas.....	95
2.6.1. Evidencia científica del binomio drogas - violencia	99
2.6.2. Consumo de cocaína, violencia y género	101

CAPÍTULO 3.

Aspectos metodológicos	107
3.1. Justificación del estudio.....	109
3.2. Objetivos	110
3.3. Hipótesis.....	111
3.4. Planteamiento metodológico.....	111
3.5. Muestra	112
3.6. Técnicas utilizadas	114
3.6.1. Encuesta.....	114
3.6.2. Entrevista focalizada	116
3.6.3. Grupo de discusión	117
3.7. Marco analítico	119
3.8. Trabajo de campo.....	124

CAPÍTULO 4.

Resultados. La voz de los Profesionales: Una Perspectiva Cuantitativa	127
4.1. Consumo de cocaína	127
4.1.1. Razones del inicio del consumo de cocaína	127
4.1.2. Problemas psicológicos en dependientes de cocaína	128
4.1.3. Imagen social de las cocainómanas	129
4.2. Violencia y consumo de cocaína	131
4.2.1. Antecedentes de violencia entre los cocainómanos	134
4.2.2. Tipos de violencia y diferencias según género	137
4.2.3. Atención de las conductas violentas durante el tratamiento de la dependencia de cocaína.....	139
4.3. Tratamiento de la dependencia de cocaína y de la violencia.....	140
4.3.1. Tratamiento de la dependencia de cocaína.....	140
4.3.2. Atención a las mujeres maltratadas	145

CAPÍTULO 5.

Resultados. la voz de los profesionales: Una perspectiva cualitativa.....	151
5.1. Consumo de cocaína	151
5.1.1. Inicio y progresión del consumo de cocaína.....	151
5.1.2. Normalización del consumo de cocaína.....	154
5.2. Violencia y consumo de cocaína	156
5.2.1. Relación entre cocaína y violencia	156
5.2.2. Violencia y género	159
5.2.3. Violencia contra la mujer	165

5.3. Tratamiento de la drogodependencia y la violencia	167
5.3.1. Recursos asistenciales en la Comunidad Valenciana	167
5.3.2. Dificultades en el tratamiento de la dependencia de cocaína	170
5.3.3. Barreras para la inserción de mujeres con doble problemática...	172
5.3.4. Medidas para combatir la violencia contra las mujeres cocainómanas	172
5.4. Valoración de los programas asistenciales	174
5.4.1. Tratamiento y asistencia de las cocainómanas	174
5.4.2. Coordinación entre recursos como medida preventiva	177
5.4.3. Falta de recursos para las mujeres maltratadas.....	178
5.4.4. La atención a mujeres maltratadas	180
5.4.5. Tratamiento de maltratadores	182
CAPÍTULO 6.	
Resultados. La voz de los Cocainómanos	187
6.1. Experiencia con la cocaína	187
6.1.1. Factores de riesgo para el consumo de cocaína	187
6.1.2. Razones para consumir la ‘seductora sustancia’	193
6.1.3. Cómo perciben los efectos de la cocaína los consumidores	196
6.1.4. Progresión hacia la dependencia.....	201
6.1.5. La cara oculta del consumo: comienzan los problemas.....	207
6.2. Cocaína y violencia	214
6.2.1. Experiencias violentas previas al consumo de cocaína	215
6.2.2. Experiencias violentas posteriores al consumo de cocaína: cambios de conducta y consecuencias.....	219
6.3. Tratamiento y prevención de la cocaína	223
6.3.1. Valoración de los tratamientos actuales.....	227
6.3.2. Cómo mejorar la atención y prevención del consumo de cocaína	230
CAPÍTULO 7.	
Conclusiones y Propuestas de Futuro.....	237
7.1. Conclusiones	237
7.1.1. Del consumo de cocaína al desarrollo de conductas violentas en hombres y mujeres	237
7.1.2. Sobre la cocaína, la mujer y el maltrato.....	238
7.1.3. Sobre el tratamiento de la violencia entre las cocainómanas.....	240
7.1.4. Sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína	240
7.2. Propuestas de futuro	241
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247

ANEXOS

Anexo I. Perfil sociodemográfico de cocainómanos.....	281
Anexo II. Encuesta UCA	285
Anexo III. Encuesta CM24H	289
Anexo IV. Guión entrevista cocainómanos	291

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acción de la cocaína.....	27
Tabla 2. Diferencias de género en la prevalencia del consumo de cocaína en España ...	39
Tabla 3. Mujeres víctimas de malos tratos dentro del ámbito familiar.....	88
Tabla 4. Mujeres muertas en el ámbito familiar	92
Tabla 5. Profesionales entrevistados según el perfil profesional, género y tipo de centro.....	115
Tabla 6. Perfil participantes del grupo de discusión.....	119
Tabla 7. Marco de referencia para el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos ..	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Incautaciones de cocaína en Europa	37
Gráfico 2. Prevalencia de cocaína en el mundo durante el 2005	38
Gráfico 3. Tendencia de consumo de cocaína en España.....	39
Gráfico 4. Prevalencia del consumo de cocaína en el último año, percepción del riesgo según el consumo y disponibilidad percibida. España, 1997- 2003	40
Gráfico 5. Proporción de tratados por abuso/dependencia de cocaína, heroína, cannabis, MDMA en España, 2002.....	41
Gráfico 6. Evolución del consumo de cocaína en la Comunidad Valenciana.....	42
Gráfico 7. Modelo ecológico para entender la violencia	69
Gráfico 8. Clasificación de la violencia	74
Gráfico 9. Motivos de inicio de consumo en hombres y mujeres según profesionales de las UCA	128
Gráfico 10. Problemas psicológicos relacionados con la dependencia de cocaína	129
Gráfico 11. Imagen social de las cocainómanas, profesionales UCA.....	130
Gráfico 12. Imagen social de las cocainómanas, profesionales CM24H.....	130
Gráfico 13. Razones por las que consideran los profesionales de las UCA que existe relación entre la dependencia de cocaína y las conductas violentas	131
Gráfico 14. Razones por las que consideran los profesionales de CM24H que existe relación entre dependencia de cocaína y conductas violentas.....	132
Gráfico 15. Tipos de comportamientos violentos, según los profesionales UCA.....	133
Gráfico 16. Diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres, según profesionales CM24H	133

Gráfico 17. Maltrato a cocainómanos durante la infancia o adolescencia según los profesionales de las UCA	134
Gráfico 18. Maltrato a cocainómanas durante el tratamiento	134
Gráfico 19. Momento en el que se declara el maltrato estando en tratamiento	135
Gráfico 20. Objetos de violencia en hombres y mujeres, profesionales UCA.....	136
Gráfico 21. Objetos de violencia diferencias entre hombres y mujeres profesionales CM24H	136
Gráfico 22. Tipos de violencia desarrollada más frecuentemente por cocainómanos/as, según los profesionales de las UCA	138
Gráfico 23. Tipos de violencia desarrollada más frecuentemente por cocainómanos/as, según los profesionales CM24H	139
Gráfico 24. Tipo de tratamiento de las conductas violentas según los profesionales de las UCA	139
Gráfico 25. Motivación para iniciar el tratamiento entre cocainómanos	140
Gráfico 26. Razones por las que las mujeres acuden menos a tratamiento	141
Gráfico 27. Apoyos durante el tratamiento según el género	142
Gráfico 28. Adaptación de tratamientos para las mujeres.....	143
Gráfico 29. Causas del abandono de tratamiento según género	144
Gráfico 30. Causas de recaídas en dependientes de cocaína	145
Gráfico 31. Problemas psicológicos habituales entre mujeres maltratadas	146
Gráfico 32. Problemas psicológicos frecuentes en maltratadores.....	146
Gráfico 33. Apoyos personales mujeres maltratadas.....	147

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Criterios CIE-10 (CDI) para intoxicación aguda debida al consumo de cocaína (F14.x0)	43
Cuadro 2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de intoxicación por cocaína (F14.00).....	44
Cuadro 3. Criterios CIE-10 (CDI) para el consumo perjudicial de sustancias (cocaína, F14.1)	45
Cuadro 4. Criterios generales DSM-IV-TR para el abuso de sustancias (cocaína).....	45
Cuadro 5. Criterios generales CIE-10 (CDI) para el diagnóstico de síndrome de dependencia (cocaína F14.2)	47
Cuadro 6. Criterios generales DSM-IV-TR para el diagnóstico de síndrome de dependencia.....	48
Cuadro 7. Consecuencias de la violencia de pareja	83
Cuadro 8. Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja	84
Cuadro 9. Razones de las mujeres para tolerar la violencia de género.....	85

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mis directores de tesis, a la Dra. Josefa Gómez por su constante apoyo y por su dedicación incondicional, a la Dra. María Jesús López por creer en mí y al Dr. Juan Carlos Valderrama por darme el tiempo y espacio necesarios para terminar esta tesis.

Mi agradecimiento a las Unidades de Conductas Adictivas de la Comunidad Valenciana, y a los Centro Mujer 24 Horas de Valencia, Alicante y Castellón, pues me han dado la posibilidad de realizar el presente trabajo.

Doy gracias a Enrique Clari y Ana Saiz por su ayuda incalculable en la parte más ardua de la investigación.

Son muchos los nombres de amigos y amigas los que me han acompañado en diferentes momentos de la tesis y a los que he tenido muy abandonados durante todo este tiempo. A todos les quiero hacer llegar mis disculpas y a la vez mis agradecimientos por su comprensión.

A Noelia Llorens, porque en el camino he encontrado en ella la amiga que siempre quise, ha sido una de las personas que más ha tenido que soportarme y ha sabido dar consejos que me han sido de gran ayuda y sin los que no hubiese sabido encauzar este proyecto.

A Maxi Bolaños porque su ironía, humor, bondad, comprensión y amistad han resultado ser un bonito regalo.

A Miguel Perelló, por divertirme, por escucharme, por ayudarme, por ser un amigo.

Gracias a Claudio Alamán porque su dulzura y disposición, siempre me han acompañado, y confirman día a día nuestra especial relación.

A Patricia Needle, porque ha sido mi fiel consejera, amiga, mentora, segunda madre y ha estado animándome en todo momento para finalizar este trabajo.

A Ana Bellido y Amelia Soler, agradezco que nuestras vidas se cruzaran un la facultad y desde entonces hasta ahora he podido contar con dos maravillosas personas más en mi vida.

A Ana por estar pendiente de mí, por apoyarme en el momento adecuado, por ser una confidente ideal, por ser mi compañera de fatigas.

Agradezco a Carmen ser mi gran amiga, la incondicional, la que comparte conmigo y mi familia alegrías y penas, porque sé que estas y siempre estarás ahí.

A Javier que desde la más cercana distancia me ha asesorado, convencido y animado a continuar y finalizar esta tarea, entre otras muchas cosas agradezco poder reflejarme en ti.

A Fabio porque ha vivido junto a mí este período y ha estado a la altura, siempre me ha ayudado con su increíble sonrisa, con sus bailes, con sus ilusiones, con sus innumerables muestras de afecto e infinita ternura, por ser un amor de persona y un complemento ideal en mi vida.

A Isaac y Vicky porque han sido, son y siempre serán mis cuñados ideales, porque sois mi familia y os llevo en el corazón.

Agradezco a Roberto que haya creído en mí desde el principio, con su cariño y apoyo incondicional me ha ayudado a convertirme en la persona que soy hoy.

Gracias a mi tía Lola, y a mis primas Dolores y Raquel por ser parte de mi vida, siempre os llevo en mis pensamientos, siempre encuentro risas y comprensión en vosotras.

Gracias a mi hermana Chiqui, la que me cuida, la que me quiere, la que me consiente, la que me conoce mejor que nadie, mi mitad, mi todo. Su amor me alimenta cada día y sin ella nada de esto sería posible.

A mi madre, la más dulce, buena, y bella mujer, mi sangre, mi modelo a seguir, la que siempre tiene unas palabras de aliento, la que siempre ve en mí lo mejor, la que a través de su mirada me lo dice todo. Gracias por hacerme sentir querida y especial por encima de todo, gracias por ser mi madre.

A mi padre, gracias por animarme, por educarme, por luchar para darme una oportunidad, gracias por confiar en mí. Agradezco que poco a poco vayamos recorriendo un complicado camino cogidos de la mano.

No me olvido de mi sobrino, Adrián, que ha resultado una dulce fuente de energía, alegría y amor. Eres el regalo más dulce que podría tener en mi vida.

Por último agradezco a mi hermano Óscar el estar siempre a mi lado, por iluminarme en la oscuridad, por ser mi ángel guardián.

PRÓLOGO

La presente Tesis Doctoral ha sido realizada en el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero de la Facultad de Medicina, el Departamento de Psicología Básica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia y el Departamento de Trabajo social y Servicios sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia.

Dentro de las líneas de investigación de los tres departamentos mencionados, existe el interés común por entender las conductas adictivas y los comportamientos de los consumidores.

La motivación inicial del trabajo de investigación fue el estudio de las conductas adquiridas por sujetos consumidores de cocaína, concretamente los comportamientos violentos. Una cuestión muy interesante que se plantea en este trabajo es si los comportamientos de los adictos a la cocaína siguen el mismo patrón entre hombres y mujeres y si los problemas derivados de éstos pueden ser precisados para dar respuesta a la pregunta de cómo orientar programas preventivos, acciones dirigidas a la terapia y, en último lugar, a la intervención social y comunitaria.

Esta investigación aporta un conjunto de informaciones importantes sobre la situación actual de la adicción a la cocaína y los comportamientos violentos relacionados con la misma.

Silvia Tortajada Navarro
Universidad de Valencia, Facultad de Psicología

Valencia, Mayo 2008

0

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína constituye un grave problema de salud pública, siendo la segunda droga ilegal más consumida en España después del cannabis (Observatorio Español sobre Drogas, 2005). La tendencia creciente del consumo de cocaína en España y la cantidad de problemas que genera esta sustancia, hacen de su consumo un problema social importante. La presente investigación, se centrará en uno de los múltiples problemas que se derivan de su consumo: los comportamientos violentos.

Está demostrado que el consumo de cocaína es un factor de riesgo o un predictor de la conducta violenta. La relación entre la violencia y el consumo de drogas puede explicarse a través de tres modelos (Goldstein, 1995): el *económicamente compulsivo*, que sugiere que algunas personas se involucran en crímenes económicos para financiar el consumo de drogas; el *modelo sistémico* que hace referencia a los patrones normalmente agresivos de la interacción entre los sistemas de tráfico ilegal de drogas, consumo y distribución; y el *modelo psicofarmacológico* que indica cómo algunas personas como resultado de la ingestión de sustancias específicas, a corto y largo plazo, pueden convertirse en excitables y/o irracionales y pueden actuar de una forma violenta. Este estudio centrará su atención en este último modelo.

La cocaína es una de las sustancias más relacionadas con la violencia, y es frecuente leer o escuchar informaciones sobre sucesos violentos en los que esta sustancia está implicada. La desinhibición que genera el consumo de cocaína unida al bajo autocontrol que produce, hace que se trate de una sustancia adictiva con una elevada capacidad de generar comportamientos violentos y/o reacciones paranoides que pueden desembocar en agresiones e incluso homicidios (Delgado, 1994; Delgado, 2001).

La variable género¹ es fundamental en esta investigación, pues existen pocos datos sobre sustancias psicoactivas como la cocaína en relación a diferencias de género y violencia (Martin & Bryant, 2001). Para Friedman (1998) el abuso de la cocaína es un predictor de comportamientos violentos tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, para Goldstein, Belluci, Spunt y Miller (1991), la cocaína juega un destacado papel en el desarrollo de la violencia tanto

¹ El género se entiende en esta tesis como el conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad, y que son adquiridos en el proceso de socialización. Es el modo de ser hombre o de ser mujer en una cultura determinada.

Introducción

en hombres como mujeres pero existe una mayor probabilidad en las mujeres a ser víctimas de la violencia, y en los hombres a ser perpetradores de la misma. Todavía sigue siendo un tema en el que existen múltiples discrepancias, de ahí el interés de continuar con la tarea investigadora que aclare algo más esta problemática.

La motivación de estudiar la relación de la cocaína y la violencia desde una perspectiva de género, se debe, en primer lugar a que la cocaína es una sustancia con elevada prevalencia de consumo en España y con tendencia de consumo al alza, por lo que los problemas que genera actualmente, pueden agravarse en el futuro más próximo. En segundo lugar, la violencia es uno de los problemas más graves asociados al consumo de cocaína tanto a nivel sanitario como social. Y por último, porque es importante conocer la situación que la mujer ocupa dentro del desarrollo de las conductas violentas, pues existe una subrepresentación del género femenino en el área de la investigación de drogas; por lo general, el hombre aparece involucrado en mayor medida que la mujer en conductas violentas y en el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, siendo esta diferencia aún más marcada en lo referido a drogas ilegales, esto hace que la información acerca de mujeres que consumen drogas, concretamente cocaína, y tengan conductas violentas es realmente escasa.

A través de esta investigación, de enfoque cualitativo, se pretende obtener un mejor conocimiento sobre el tema del consumo de cocaína en general y, en particular, sobre la relación entre el abuso de esta sustancia y el desarrollo de conductas violentas, estudiando el tipo de conductas violentas derivadas directa o indirectamente del abuso de cocaína y profundizando tanto en el proceso que lleva a la persona a convertirse en dependiente de la cocaína, como en aspectos más prácticos, como el análisis de las líneas de intervención más eficaces para hacer frente a esta problemática.

La investigación que se presenta a continuación, trata el tema de la cocaína y la violencia desde una perspectiva de género. Como cualquier estudio que utilice esta perspectiva, se considera necesario realizar un breve recorrido sobre la historia de este concepto y a continuación clarificar en el sentido que se utilizará en esta investigación.

Género: conceptos y terminología

La antropóloga Margaret Mead en su trabajo *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (1935), establece la idea revolucionaria -para la época- de que los conceptos sobre el género eran culturales y no biológicos. A través del estudio de diferentes sociedades de Nueva Guinea descubrió que no todas estaban organizadas de forma patriarcal y la distribución de roles en hombres y mujeres variaba considerablemente en las sociedades occidentales. Con su

Introducción

trabajo, apareció el primer cuestionamiento sobre el carácter natural de las diferencias entre los hombres y las mujeres. Este planteamiento significó una primera aproximación a un análisis de esta realidad, asignándole responsabilidad a elementos de la cultura específica de cada sociedad en el desarrollo de las diferencias entre mujeres y hombres.

En 1949 Simone de Beauvoir afirmó la frase que inicia el movimiento feminista del siglo XX: "una no nace mujer, sino que se hace mujer." Según esta intelectual, nacemos machos o hembras y nos hacemos masculinos o femeninas. Mientras que el sexo es biológico, el "género" o rol sexual está definido socialmente. La comprensión de lo que significa ser una mujer o un hombre va evolucionando conforme transcurre la vida, no se nace sabiendo lo que se espera de nuestro sexo, se aprende a través de la familia y la comunidad. Por lo que estos significados variarán de acuerdo con la cultura, la comunidad, la familia y las relaciones, y con cada generación y en el curso del tiempo.

A partir del establecimiento de estos "géneros" aparecen unos estereotipos, que conforman el conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas para hombres y mujeres. Estos serían la feminidad para las mujeres y la masculinidad para los hombres, y a su vez crean los roles sexuales, es decir, la forma en la que se comportan y realizan su vida cotidiana hombres y mujeres según lo que se considera apropiado para cada uno de ellos en una determinada sociedad.

Jonh Money, utilizó por primera vez el concepto *género* en el año 1955 para referirse al componente cultural y educativo en la formación de la identidad sexual. Hasta ese momento, tan sólo se consideraba la identidad sexual basada en la determinación biológica, por lo que constituyó un aporte importante al conocimiento científico que, aunque se magnificó en ese momento, influyó en lo que posteriormente se reconoció como género. En los años 50 surge la emergencia de definir el concepto, pero su contenido fue variando hasta lo que hoy reconocemos. En los años 60, Robert Stoller, elaboró conceptualmente el término género en su libro *Sex and Gender*.

Pese a todos estos avances, el enfoque biológico predominaba durante las décadas de los 50 y 60. Todos los avances realizados con anterioridad a los años 70 florecieron a través de las teorías feministas norteamericanas, y los planteamientos expuestos por Margaret Mead y Simone de Beauvoir comenzaron a prevalecer.

Tras la década de los 70, los estudios feministas se concentraron en el esfuerzo de realizar análisis de género, así surgió esta nueva categoría epistemológica, y a partir de ese momento distintas disciplinas comenzaron a experimentar grandes cambios. La aplicación de la categoría *género* ha

Introducción

revolucionado el panorama científico de los últimos años. Pero hay que hacer constar que la mayor parte del conocimiento científico aportado se ha consolidado al margen de tal categoría.

Se puede afirmar que el género equivale a la correspondencia cultural o social del sexo, es una dimensión psicosocial asociada a las diferencias anatómicas y sexuales (Izquierdo, 1998; Magallón, 1998). Es la definición cultural de los patrones masculino y femenino de funcionamiento, socialmente normal, de las mujeres y hombres. La masculinidad y la feminidad son tipos ideales construidos socialmente e impuestos culturalmente (Cortina, 1998).

En este estudio, cuando se habla de género, se hace referencia al conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad, y que son adquiridos en el proceso de socialización. Son las responsabilidades, pautas de comportamiento, valores, gustos, limitaciones, actividades y expectativas, que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres. Es el modo de ser hombre o de ser mujer en una cultura determinada. De ahí, se derivan necesidades y demandas diferentes para hombres y mujeres en su desarrollo y realización personal. Se distingue del término "sexo", pues alude a diferencias socioculturales y no biológicas. Al ser una construcción social está sujeta a modificaciones históricas, culturales y aquellas que derivan de cambios en la organización social. Como categoría de análisis se basa, fundamentalmente, en las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

La categoría de género es adecuada para analizar y comprender la condición tanto femenina como masculina y la situación de las mujeres y los hombres. Es decir, el género permite comprender a cualquier sujeto social. O dicho de otra forma "género hace referencia al género masculino y al género femenino. Género no es igual a mujer".

1 capítulo

COCAÍNA: HISTORIA, TOXICOLOGÍA Y CONSUMO

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo



CAPÍTULO 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

En este capítulo se abordan algunos aspectos sobre la cocaína con el objetivo de facilitar la comprensión del trabajo de investigación que aquí se presenta. En primer lugar, se hace un breve recorrido sobre la historia de la cocaína; a continuación, se tratan las diferentes clases de cocaína y los mecanismos de acción; se plantean los problemas más comunes relacionados con su consumo; se indica la situación actual de la cocaína en España y concretamente en la Comunidad Valenciana; se enumeran los criterios diagnósticos de la intoxicación, abuso y dependencia de la cocaína; y por último, se presentan los tratamientos más utilizados en la actualidad y los recursos existentes en la Comunidad Valenciana para la intervención de la dependencia de cocaína, incluyendo en este apartado las barreras ante el tratamiento con las que se encuentran las mujeres.

1.1. La Cocaína a lo largo de la historia

La cocaína o metilbenzoilecgonina, es el principal alcaloide o principio activo, que se extrae de las hojas de coca. La palabra coca deriva de la lengua aymará y significa planta o árbol, aunque algunos autores sostienen que tiene su origen en el vocablo inca *kuka* (Pascual, 2001). Existen alrededor de 200 especies de plantas de coca, de las cuales la más utilizada es la *Erythroxylum coca*. El *Erythroxylum coca* es una planta originaria de los Andes, también se cultiva en Indonesia y en algunas áreas africanas.

Los indios de Sudamérica han masticado las hojas de coca desde hace 5.000 años. En toda la región andina, desde el norte de Chile hasta la sierra nevada de Santa Marta, la coca jugó un papel importante en las culturas nativas y

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

se involucró en ritos y tradiciones indígenas (Pérez, 1987); en la actualidad, todavía sigue considerándose como una planta sagrada y se utiliza como ofrenda religiosa (Pascual, 2001). Aunque los cultivos de coca fueron descritos por primera vez por el sacerdote español Tomás Ortiz en 1499 en las costas de América del Sur, en 1530 cuando Francisco Pizarro llegó a las costas del Perú, se encontró con un gran comercio de la hoja de coca, la cual era considerada sagrada por los incas y su uso estaba restringido a los nobles, el resto de la población tan solo tenía acceso a ella en caso de guerra o de trabajos muy duros, pues las hojas de coca proporcionaban una sensación de fuerza y ayudaban a combatir la fatiga y el apetito (Escohotado, 1994). La Iglesia católica, tras la conquista, vio un obstáculo para la evangelización en el uso de la coca entre los indígenas, por lo que en 1551 el Consejo Eclesiástico de Lima decretó la erradicación de los cultivos por considerarla diabólica. La situación cambió al descubrir minas de plata en Potosí, pues sus propiedades estimulantes y anorexígenas permitían a los mineros soportar mejor las duras condiciones del trabajo, por lo que en 1573 se legalizó de nuevo el consumo. La Iglesia llegó a establecer un impuesto por su comercialización, de hecho, el diezmo de las hojas de coca se constituyó durante un tiempo en una de las fuentes de ingresos más importantes del Obispado de Cuzco (Galeano, 2001).

La coca era desconocida por Europa hasta principios del siglo XIX, momento en el que se comenzaron a descubrir los principios activos de diversas plantas. Albert Niemann en 1859 identifica a la cocaína como la sustancia activa de las hojas de coca, y estudios experimentales a finales del siglo XIX describen el efecto acelerador del ritmo cardíaco. En 1865, Wilhem Lossen descubrió la fórmula bruta de la cocaína (Escohotado, 1996) y el químico Corso Mariano patentó una combinación de vino y extracto de coca, “vino Mariani”, recomendado como vigorizante en las funciones del cerebro, promotor de la salud y la longevidad.

Más tarde Mariani extendió la fabricación de productos que contenían coca o sus derivados, como cigarrillos, ungüentos, tónicos, etc. Uno de los productos más populares fue la Coca Cola®, creado en 1886 por John Styth Pemberton como un tónico para el dolor de cabeza.

A finales del siglo XIX comienza a extenderse su uso en Norteamérica y Europa, utilizándose en un principio como elemento medicinal. Personalidades como Sigmund Freud propusieron su uso para el tratamiento del asma, trastornos digestivos, adicción a morfínicos y también como estimulante y afrodisíaco, sin olvidarnos del ensayo que *Ueber Coca* publicó y donde la recomendaba contra todo tipo de enfermedades especialmente para aliviar la tensión nerviosa y la fatiga. El mismo Freud junto con Carl Koller y William Halsted descubrieron las

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

propiedades de la cocaína como anestésico local. En 1892, Einhorn y sus colegas comenzaron una investigación sobre los sustitutos sintéticos de la cocaína.

El consumo de la cocaína se expandió en los círculos intelectuales de Europa y Estados Unidos y se comenzó a hablar de *cocainismo*. Justo antes del comienzo del siglo XX se reportaron los primeros casos fatales relacionados con arritmias cardíacas y sucesivamente se describieron casos de adicción y muerte por cocaína.

Entre 1900 y 1910 se la considera una sustancia peligrosa y adictiva, tanto es así que la Coca Cola sustituyó la cocaína por la caféina en 1909. En 1914 en Estados Unidos, la cocaína fue declarada ilegal y su uso se restringió al área médica, y en 1922 fue definida por el Congreso norteamericano como narcótico. En 1925, la II Conferencia Internacional del Opio, declaró a la cocaína como nociva para la salud. Así comienza la historia de la cocaína contemporánea.

Hasta los años 70 del siglo XX, pocos problemas médicos son asociados al uso de la cocaína, y poco a poco se extiende su consumo a pesar de su prohibición. A mediados de los 80, el consumo se extiende considerablemente y se convierte en la droga de la élite que otorgaba cierto status social, considerándose una droga de lujo por su elevado coste económico. En EEUU constituía el sueño ideal que procuraba éxito rápido, sobre todo entre los jóvenes profesionales de posición social y económica elevada (Pascual, 2001). También durante este tiempo se comunican casos de muerte en atletas asociados al uso de cocaína. A mediados de los 80 con la aparición del *crack* de cocaína en EEUU, su consumo llega a la población general y se convierte en un producto de masas de bajo coste, favoreciendo así el consumo entre los más jóvenes. El crack mostró la cara más triste y oscura de la cocaína, sobre todo para un sector concreto de la población pues en ella encontraban su fracaso y marginación social.

España durante los 80, debido a la gran cantidad de zonas de costa y la baja vigilancia de los puertos, se convirtió en una puerta de entrada de cocaína hacia Europa, trayendo consigo un aumento del consumo de la sustancia en nuestro país. En esta misma década comienzan a publicarse artículos en la literatura médica que relacionan la cocaína con manifestaciones cardíacas.

La década de los 90 viene marcada por la expansión del consumo de cocaína a todas las clases sociales, incluidas las más bajas, y se convierte en una sustancia de consumo recreativo. También este aumento del consumo viene acompañado por el significativo aumento del número de personas con problemas por su consumo que han solicitado atención en los servicios sanitarios. Hasta la fecha actual, el consumo de cocaína con propósitos psicoestimulantes se ha incrementado progresivamente.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

1.2. Clases de cocaína

Hoja de coca. Se trata de la hoja de la planta *erythroxylum coca*. Estas hojas se mastican junto con una sustancia alcalina (lo que se conoce como 'coqueo'), antiguamente la sustancia alcalina eran cenizas, en la actualidad las poblaciones de las zonas andinas las mascan junto con bicarbonato de sodio. El consumo de las hojas de coca supone un complemento alimentario y un estimulante para la realización de tareas cotidianas (Vila, 2006).

Pasta base de Cocaína. Se obtiene en la fase intermedia del proceso de transformación de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína, contiene sulfato de cocaína y otros alcaloides e impurezas. Después de todo el proceso de transformación se obtiene una pasta básica lavada o sulfato básico: esta es la pasta base de cocaína, que contiene entre un 40% y un 85% del alcaloide (Castaño, 2000). Esta pasta es habitualmente adulterada por los pequeños traficantes, para obtener mayores ganancias. Las denominaciones más comunes son basuco, pasta de coca, base de coca, basuca, etc. Se consume en latas de refrescos, pipas caseras o fumada en cigarrillos con tabaco o marihuana.

Clorhidrato de Cocaína. Se trata de una solución hidrosoluble de cocaína que se obtiene al disolver el extracto alcaloide de la planta *Erythroxylum coca* en ácido hidrociorídrico dando lugar a un polvo blanco cristalino. Su grado de pureza es del 95 al 99%, pero al igual que ocurre con otros productos de la coca, es adulterada por los traficantes para obtener más beneficios económicos. La pureza de la cocaína varía mucho tras ser adulterada, pero es habitual que el clorhidrato de cocaína que se vende en la calle pase del 95% de pureza a no más de un 20 al 40% (Ciganda, 2004). Este polvo se absorbe fácilmente a través de las membranas mucosas, siendo la aspiración intranasal la ruta más frecuente de administración. Se puede usar también previa dilución en agua, por vía inyectable, siendo su acción más rápida.

El crack. Es una forma de cocaína base que se produce mezclando clorhidrato de cocaína con amoníaco y bicarbonato de sodio para alcalinizarla. La base alcaloide precipita formando una pasta que se endurece. A diferencia del clorhidrato de cocaína, es más estable al calor y permite ser fumada. El termino anglosajón "crack" procede de los chasquidos o crujidos producidos por los cristales de cocaína al calentarse.

La cocaína base (Free base). Se obtiene al mezclar el polvo de cocaína con una base (amoníaco o soda) y un solvente (éter) con el fin de eliminar el ácido clorhídrico. La base alcaloide o "free base" se extrae del éter por evaporación. Igual que el crack, también se fuma. Las formas fumadas son más rápidas en su efecto, llegando a actuar en segundos.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

1.3. Mecanismo de acción de la cocaína en el organismo

El principio activo de la hoja de coca, de la pasta base de cocaína, del clorhidrato de cocaína, del crack, y de la cocaína base es el mismo. El metabolismo, mecanismo de acción y excreción es idéntico. Lo que cambia, según la vía de administración y forma de cocaína utilizada, es la velocidad de absorción, la intensidad de la actividad farmacológica y, por lo tanto, los efectos y la toxicidad.

El efecto del clorhidrato de cocaína inhalado, en forma intranasal, tiene un inicio de acción a los 1-5 minutos, un pico a los 15-20 minutos y una duración de 60 a 90 minutos. Por vía intravenosa, el inicio de la acción es de menos de un minuto y el pico de acción se alcanza a los 3-5 minutos, su duración es de hasta una hora (ver tabla 1).

Las formas fumables tienen un efecto más inmediato (3-5 segundos), un efecto más intenso (1-3 minutos) y menor duración (5-15 minutos). Por ello, las formas fumadas son más repetitivas y frecuentes (Cone, 1995; Lange & Hillis, 2001).

Tabla 1. Acción de la cocaína

Tipo de sustancia	Vía de administración	Velocidad de acción	Pico de acción*	Duración*
Hojas de coca	Mascada	Lenta	30-60	45-90
Pasta base	Fumada	Muy rápida	1-3	5-15
Clorhidrato de cocaína	Inhalada o esnifada	Relativamente rápida	15-20	60-90
Clorhidrato de cocaína	Inyectada	Rápida	3-5	20-60
Crack	Fumada	Muy rápida	1-3	5-15
Cocaína base (free base)	Fumada	Muy rápida	1-3	5-15

*minutos

Fuente: adaptado de Lizasoain (2001).

La acción de la cocaína en el cerebro produce un exceso de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina en el espacio sináptico. El aumento de los niveles de dopamina y noradrenalina explican los cambios fisiológicos que preparan al individuo para hacer frente a situaciones de lucha o huida. Por su parte, el aumento de serotonina junto con algunos efectos de la dopamina, producen las llamadas “cualidades psicológicas”, es decir, euforia, lucidez, mayor conciencia sensorial y sensación de ser muy competente. Todo

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

ello deriva en un aumento ilusorio de autoestima, autoconfianza y egocentrismo, y megalomanía.

La cocaína se metaboliza rápidamente en el organismo, entre 20 minutos y 2 horas aproximadamente. Por lo que para mantener los efectos, en muchas ocasiones los consumos son abusivos y pueden desencadenar comportamientos típicamente psicóticos. Este tipo de reacción anómala junto con la sensación de poder y la alteración de la capacidad de razonamiento, pueden generar conductas violentas peligrosas, incluso llegando al homicidio.

Este consumo produce déficit en las concentraciones cerebrales de dopamina, noradrenalina y serotonina llegando a provocar anomalías estructurales en el cerebro de los consumidores. La cocainomanía puede asociarse a diferentes déficit neurológicos. Se han descrito disfunciones ejecutivas, del juicio y de toma de decisiones, asociadas a lesiones prefrontales específicas, del córtex órbito-frontal y del giro cingulado anterior (Bolla, Cadet & London, 1998).

Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (2001) encontraron en adictos a cocaína una disminución de la integridad de la sustancia blanca cerebral en algunas áreas del cuerpo calloso, concretamente en aquellas que conectan con el cortex prefrontal. Lim y Helpert (2002) observaron una alteración de los valores de la difusión del agua en la sustancia blanca cerebral de algunas áreas implicadas en el sistema de recompensa, como es la sustancia blanca frontal, lo que apoya la idea de una alteración en la conectividad orbitofrontal. Nestler (2005) ha demostrado la existencia de un aumento de la densidad dendrítica a largo plazo en determinadas áreas cerebrales en sujetos que presentaban consumo crónico de cocaína, lo que implicaría no sólo cambios morfológicos, sino una posible adaptación neuronal y/o molecular en la adicción.

1.4. Problemas relacionados con el consumo de cocaína

1.4.1. Problemas físicos relacionados con el consumo de cocaína

Entre las complicaciones médicas graves asociadas al uso de cocaína se encuentran las cardiovasculares, problemas respiratorios, efectos neurológicos, complicaciones gastrointestinales..., en definitiva, gran cantidad de sistemas afectados además del nervioso. Entre los problemas físicos relacionados con el consumo de cocaína destacan:

A nivel *cardiovascular*, la sintomatología más común es la aparición de palpitaciones, bradicardia, taquicardia, arritmias, infartos agudos de miocardio,

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

miocarditis y miocardiopatía, y endocarditis. De todas estas patologías la más frecuente es el infarto agudo de miocardio. Qureshi, Suri, Guterman y Hopkins (2001) en su estudio encontraron que los consumidores de cocaína tienen un riesgo siete veces mayor que los no consumidores de tener un ataque cardíaco no mortal.

El *sistema neuroendocrino* también padece daños como consecuencia del consumo de cocaína. El aumento de prolactina produce galactorrea en hombres y mujeres no gestantes, siendo la anomalía endocrina más frecuentemente observada en consumidores crónicos de cocaína (Kranzler, Satel & Apter, 1994). La afectación del hipotálamo tiene como consecuencia la hipertermia, y el efecto en otros sistemas hormonales tiene como consecuencia la ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido en los hombres. También se observan ulceraciones genitales secundarias al efecto vasoconstrictor de la cocaína si se aplica directamente en los genitales.

A nivel *neurológico*, las patologías más frecuentes tras consumir cocaína son las cefaleas, accidentes vasculares isquémicos y hemorrágicos (ictus). Las crisis convulsivas son otras de las complicaciones neurológicas más conocidas del consumo de cocaína pudiendo desembocar en la muerte (Koppel, Samkoff & Daras, 1996).

El *sistema digestivo* padece trastornos de diferente índole, aunque el más común es la anorexia, náuseas, diarreas, vómitos y, en ocasiones, úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación.

A nivel *hepático* aparecen metabolitos que actúan como radicales libres. Es importante señalar que diferentes investigaciones han demostrado que existe una interacción potencialmente peligrosa entre la cocaína y el alcohol. Cuando se usan conjuntamente, el organismo los convierte en etileno de cocaína o cocaetileno. El efecto del etileno de cocaína en el cerebro es más duradero y más tóxico que cuando se usa cualquiera de estas drogas por separado. Los consumidores de alcohol y cocaína tienen tasas más altas de trastornos físicos múltiples y de infecciones que los alcohólicos o cocainómanos puros (Salloum, Douaihy, Ndimbie & Kirisci, 2004). Aunque se necesitan más estudios, cabe notar que de las muertes ocasionadas por la combinación de dos drogas, la más frecuente es la que se produce por la combinación de cocaína y alcohol.

En el *sistema visual* aparece midriasis, vasoconstricción conjuntival y nistagmus vertical.

Hay que indicar que dependiendo de cuál sea la vía de consumo y las cantidades, los efectos adversos y problemas fisiológicos que provoca la cocaína varían. A continuación se describen los más importantes:

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Vía esnifada/inhalada. El consumo de clorhidrato de cocaína por la vía naso-alveolar puede producir problemas en la mucosa nasal y en todo el área otorrinolaringológica, como inflamación y úlceras que pueden producir necrosis y perforación del tabique. La sinusitis y los abscesos subperiósticos pueden aparecer como resultado de un consumo continuado.

Vía fumada. La cocaína fumada produce patologías como el edema agudo de pulmón, el síndrome de pulmón por cocaína o “pulmón del crack”, esta patología se manifiesta por fuerte dolor torácico, disnea y fiebre, aumento de cuadros asmáticos y aparición de cuadros de neuromotórax, neumomediastino y neuropericardio, y hemorragia pulmonar. También aparecen atelectasias secundarias a la bronquitis.

Vía intravenosa. Como ocurre con otras drogas, el consumo de cocaína por vía intravenosa se relaciona con infecciones de la piel, endocarditis, hepatitis, SIDA y bacteriemias por compartir jeringuillas contaminadas. También se ha observado que el talco y el almidón que se utilizan como adulterantes de la cocaína, pueden provocar daños pulmonares y provocar granulomas.

Diferencias de género en las consecuencias fisiológicas por consumo de cocaína

Se han realizado estudios para valorar las diferencias de género en cuanto a los efectos agudos y las consecuencias a largo plazo del consumo de sustancias ilícitas, en general, y existen datos que apuntan a que las sustancias psicoactivas afectan con frecuencia a las diferentes fases del ciclo menstrual en las mujeres y se ven afectadas por ellas (Lynch, Roth & Carroll, 2002; Reynolds & Bada, 2003). Concretamente en el caso de la cocaína, se ha comprobado que perturba el ciclo menstrual de la mujer y afecta a su fertilidad (National Institute on Drug Abuse, 2000; NIDA, 2002). Diversas investigaciones confirman que el consumo de cocaína pone en riesgo tanto a la madre como al feto (Nair & Watson, 1991; Bigment, 2003). Durante el período gestacional las consecuencias para la madre y el feto pueden ser alta presión sanguínea, problemas cardíacos, ataques y muerte súbita, ruptura anticipada de membranas, menor edad gestacional, peso reducido al nacer, placenta previa y separación de la placenta y el útero, lo que causa hemorragias agudas y la muerte del feto. También se han registrado algunos efectos teratogénicos (Fischer, Bitschnau, Peternell, Eder & Topitz, 1999). Además, los recién nacidos con intoxicación cocaínica manifiestan irritabilidad de los sistemas nervioso central y autónomo, y microcefalia.

Por otro lado, Lukas et al. (1996) observaron una mayor sensibilidad en los hombres a los efectos subjetivos agudos de la cocaína e indicó que la mujer podía ser más sensible que el hombre a los efectos cardiovasculares agudos de la cocaína.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Mello (1998) en su estudio sobre consumo de cocaína y las funciones reproductivas de la mujer, llegó a plantearse la hipótesis de que las hormonas femeninas podían actuar como protectoras de los daños cerebrales derivados del consumo de esta sustancia. Observó que los hombres que se habían expuesto menos en su vida que las mujeres a los efectos de la cocaína (se medían las consecuencias a largo plazo), eran más vulnerables a los daños cerebrales. También Kaufman et al. (2001) evaluaron los efectos de la cocaína en el flujo sanguíneo del cerebro de hombres y mujeres, y concluyeron que la cocaína limita los vasos sanguíneos en los hombres pero no en las mujeres, durante la primera parte de su ciclo menstrual, cuando los niveles del estrógeno son más elevados, sugiriendo así que el estrógeno protege a la mujer contra los efectos vasoconstrictores de la cocaína.

Otras investigaciones con animales han revelado diferencias entre los géneros en cuanto a la autoadministración de la cocaína (Roberts & Phelan, 1998). Se han estudiado gran número de factores que puedan explicar esta vulnerabilidad a iniciar la autoadministración de la sustancia en condiciones de bajo acceso a la misma, asociándose en numerosas ocasiones a factores relacionados con las diferencias sexuales y hormonales (Lynch & Carroll, 1999; Lynch, Roth, Mickelberg & Carroll, 2001; Carroll, Morgan, Campbell, Lynch & Dess, 2002; Campbell, Morgan & Carroll, 2002). Roberts y Phelan (1998) en su estudio con ratas observaron que las hembras tendían a autoadministrarse más cantidades y con mayor frecuencia que los machos, también encontraron que esta autoadministración variaba según los niveles hormonales de las hembras. Sell, Thomas y Cunningham, (2002) observaron cómo el estrógeno aumenta los efectos estimulantes de la cocaína en ratas de laboratorio; también Lynch y Taylor (2004) determinaron que aumentaba la cantidad de cocaína que los roedores se administraban a sí mismos. Estos hallazgos sugieren que altos niveles de estrógeno en la mujer pueden tener como resultado una conducta que se caracterice por la búsqueda más intensa de cocaína.

1.4.2. Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de cocaína

Las posibles causas de la comorbilidad² entre trastornos psíquicos y uso o dependencia de sustancias psicoactivas, en este caso de cocaína, pueden ser de origen primario o secundario. Un trastorno psíquico primario es el que genera un abuso de sustancias psicoactivas secundario para aliviar la patología psíquica primaria, las secuelas de la enfermedad o los efectos secundarios de la medicación. Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas genera un trastorno psíquico secundario debido al efecto agudo o crónico de estas sustancias

² Presencia de más de un trastorno o diagnóstico en un mismo individuo.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

sobre el sistema nervioso central, y a los procesos de neuroadaptación, al efecto de la supresión de estas sustancias sobre un sistema que depende de ellas, o bien como consecuencia de la patología orgánica provocada por el consumo de drogas (Casas, Duro & Pinet, 2001).

Existe cierta polémica en cuanto al hecho de que algunas personas desarrollan dependencias y/o otros trastornos psiquiátricos y otras personas no los desarrollan. Se ha estudiado la influencia de las situaciones ambientales o familiares, pero todo apunta a que además de los factores intrínsecos a las sustancias adictivas y a la influencia del medio sociofamiliar existen otros factores idiosincrásicos. Estos factores pueden estar implicados en la aparición de trastornos por dependencia, trastornos psiquiátricos generales o ambos (Casas, Roncero, Duro, Pinet & Ribalta, 2001).

La descripción de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, en su décima revisión (CIE-10), y la clasificación de enfermedades (DSM-IV-TR) de la *American Psychiatric Association* (APA), consideran trastornos psiquiátricos inducidos por cocaína aquellos “cuyos síntomas exceden claramente los esperables en un cuadro de intoxicación o abstinencia de cocaína” y requieren una atención particularizada. Pero lo que se entiende por ‘claramente esperable’ de, de una intoxicación o abstinencia de cocaína difiere según el CIE-10 y el DSM-IV-TR. El DSM-IV-TR incluye el delirium, ansiedad, disfunción sexual y del sueño inducidos por cocaína, y psicosis cocaínica. Además, la asociación temporal entre el consumo y el trastorno es más cercana, sin exceder el mes con síntomas tras la abstinencia, en cambio en el CIE-10 los períodos temporales son más largos (Caballero, 2005).

Con frecuencia, las personas que abusan o que son dependientes de cocaína sufren complicaciones médicas o neuropsiquiátricas. Según diferentes estudios, el 50% aproximadamente de los casos padece trastornos y entre un 75-85% los ha padecido (Caballero 2005).

La *psicosis cocaínica* es una de las consecuencias psiquiátricas más llamativas y dramáticas del consumo de cocaína. Es más habitual entre consumidores de cocaína base y entre inyectores (Caballero, 2005). La psicosis cocaínica suele ceder sin tratamiento en las horas siguientes al cese del consumo. No es frecuente que los síntomas se prolonguen más allá del período de “crash” (hipersomnia que sigue a la abstinencia reciente). En ocasiones aparecen síntomas paranoides en consumos breves y con pocas cantidades, pero también ocurre lo contrario: consumidores crónicos que no experimentan síntomas psicóticos (Boutros, Gelernter & Gooding, 2002). Todo ello ha llevado a plantearse la existencia de una vulnerabilidad individual en la aparición de psicosis cocaínica, o la posibilidad de una predisposición genética en la base de esta psicosis inducida (Curran, Byrappa & McBride, 2004). Caballero (1998) observó una asociación

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

entre la vía de consumo, ciertos rasgos de personalidad, y la variable género, siendo más probable que un hombre desarrollara una psicosis cocaínica que una mujer; por otro lado, no encontró asociación entre el tiempo de consumo ni la cantidad del mismo.

La psicosis cocaínica suele estar precedida de un período de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico. Son habituales las ideas delirantes paranoides, con contenidos de perjuicio y celotípicos, siendo común que se sientan rodeados de policías o agentes de la ley o de gente que les quiere robar. También son frecuentes las alteraciones en la esfera afectiva. Muchos de los síntomas delirantes y de las alucinaciones están relacionados con las conductas de consumo. Los individuos afectados por psicosis cocaínica suelen realizar comprobaciones congruentes con sus ideas paranoides, llegando a presentar conductas agresivas para defenderse de supuestos perseguidores o acosar a sus parejas con ideas o conductas celotípicas. Las alucinaciones más habituales son las auditivas, y con menor frecuencia las visuales y táctiles.

Una vez aparece un cuadro de psicosis cocaínica, la probabilidad de que se repita con mayor gravedad y con menos cantidad de sustancia es mayor, a este fenómeno se le llama *sensibilización* (Post, Weiss, Pert & Uhde, 1987).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al consumo de cocaína son:

Trastornos Afectivos. Son frecuentes los trastornos depresivos entre los pacientes por dependencia de cocaína (Brown, et al., 1998; Compton et al., 2000), llegando la prevalencia de los trastornos afectivos y por ansiedad al 50% en hombres y al 70% en mujeres consumidores de cocaína (Brady & Randall, 1999). Los síntomas de abstinencia de cocaína son muy similares a los depresivos (Uslane, Kalechstein, Richter, Ling & Newton, 1999), y es habitual que tras el consumo de cocaína aparezcan episodios depresivos (Rounsaville et al., 1991) aunque también influyen otros factores que producen estrés, como los familiares, sociales, laborales, etc.

Trastornos bipolares. Los pacientes cocainómanos presentan con frecuencia trastornos bipolares previos a su cocainomanía o una personalidad con rasgos hipertímicos (Rounsaville et al., 1991). Miller, Downs y Gondoli (1989) estudiaron cómo el consumo de cocaína en el trastorno bipolar era más frecuente durante los episodios maníacos que durante los episodios depresivos, y Weiss, Mirin, Griffin y Michael (1988) observaron que los pacientes que consumían cocaína durante los episodios maníacos lo hacían con la intención de prolongar e intensificar el estado de euforia. Pero también se observan casos de recaída en algunos pacientes con síntomas depresivos, a modo de automedicación.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Trastornos de ansiedad. Son comunes en el transcurso de la intoxicación por cocaína la aparición de síntomas de ansiedad y crisis de angustia (Rosembaum, 1986; Anthony, Tien & Petronis, 1989). Ente los trastornos que presentan, en mayor proporción, los dependientes de la cocaína en comparación a la población general se encuentran la fobia social, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo (Rounsaville & Carroll, 1991; Satel & McDougle, 1991; Cottler, Compton & Mayer, 1992; Najavits et al., 1998).

Trastornos de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad. Son frecuentes entre los dependientes de cocaína. Según Schmitz et al. (2000) existen altas tasas de trastornos por personalidad antisocial entre estos consumidores. Es importante señalar que se han observado diferencias en los tipos de trastornos de personalidad que presentan los cocainómanos de series clínicas según el género. Por ejemplo, Rutherford, Cacciola y Alterman (1999) indicaron que las mujeres mostraban una menor relación entre las conductas desarrolladas en la infancia y los comportamientos antisociales diagnosticados durante la etapa adulta.

Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se ha observado que los niños que han presentado TDAH tienen más probabilidades de desarrollar trastornos por abuso de drogas y mayor riesgo de convertirse en dependientes de cocaína (Levin, Evans & Kleber, 1998; Schubiner et al., 2000). De hecho, existen altas proporciones de dependientes de cocaína que tienen como antecedentes haber padecido TDAH durante la infancia (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 1999; Davids & Gastpar, 2003).

Esquizofrenia. Es otro trastorno relacionado comúnmente a diversas sustancias, como la nicotina, el alcohol, el cannabis y la cocaína (Schneier & Siris, 1987). En ocasiones, no es fácil diferenciar a los consumidores de cocaína esquizofrénicos y a personas con psicosis inducida por la cocaína, pero se ha comprobado que la cocaína puede sensibilizar el sistema dopaminérgico e inducir psicosis o desencadenar esquizofrenia (Liebermann, Kinon & Loebel, 1990), o acelerar su curso (Volkow, 2001). También se puede complicar con episodios de ansiedad, depresión, insomnio, o agresividad (Buckley, 1998; Serper, Chou, Allen, Czobor & Cancro, 1999). Por otro lado, se ha comprobado que las personas que padecen esquizofrenia y toman antipsicóticos se mantienen más abstinentes de la cocaína (Dixon, 1999; Zimmet, Strous, Burgess, Kohnstamm & Green, 2000).

Respecto a la prevalencia del consumo de cocaína entre esquizofrénicos, Batel (2000) encontró que variaba entre un 22 y un 33%, Buckley (1998) y Dixon (1999) afirmaban que era de un 15 a un 60%. Independientemente de la

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

prevalencia exacta, es claro que existe mayor prevalencia de consumo de cocaína entre personas que padecen esquizofrenia que entre la población general.

También existe relación de otros trastornos con la dependencia de cocaína, como los *trastornos de control de los impulsos*, el juego patológico, la bulimia, el sexo compulsivo, y la tricotilomanía (Wiederman & Prior, 1996; Hall, Carriero & Takushi, 2000). Los *trastornos disociativos*, y los *trastornos orgánicos cerebrales*, como problemas de memoria, concentración y déficit cognitivos, se han relacionado asimismo. Destacan para la investigación que se presenta, la descripción de complicaciones neuropsiquiátricas relacionadas con la falta de control de impulsos, desinhibición de la conducta y agresividad patológica (Cadet & Bolla, 1996; Bolla et al., 1998; Dackis & O'Brien, 2001).

Diferencias de género en las consecuencias psiquiátricas por consumo de cocaína

Existen estudios que muestran que las mujeres con problemas de consumo de sustancias presentan tasas más elevadas de síntomas psiquiátricos, por lo general ansiedad, depresión, trastornos limítrofes de la personalidad y trastornos en la alimentación (Marsden, Gossop, Stewart, Rolfe & Farrell, 2000).

Entre los dependientes de cocaína es más frecuente que se diagnostiquen a los hombres por trastornos de personalidad antisocial y a las mujeres por trastornos afectivos comórbidos al consumo de cocaína. La depresión y la baja autoestima son hallazgos comunes entre las mujeres que abusan o son dependientes de la cocaína (Sterk-Elifson, 1996). Además, en algunos estudios se señala que las mujeres son más propensas que los hombres a pensar en el suicidio e intentar cometerlo (Marsden et al., 2000). Griffin, Weiss, Mirin y Lange (1989) en su trabajo comparativo de hombres y mujeres dependientes de cocaína en tratamiento, encontraron mayor frecuencia de depresión grave en las mujeres y una recuperación más lenta de los síntomas depresivos que en los hombres.

1.4.3. Problemas sociales como consecuencia del consumo de cocaína

La cocaína en los últimos años ha conseguido posicionarse junto con la heroína en el grupo de drogas ilegales cuyo consumo genera más problemas. Al margen de las consecuencias físicas, comentadas anteriormente, la relación del consumo de sustancias con actos delictivos y violencia es frecuente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2007).

Algunas de las consecuencias que lleva asociado el consumo de la cocaína en el ámbito social son el deterioro de las relaciones humanas, la aparición de elementos perturbadores en la familia, problemas laborales y escolares, accidentes de tráfico, y actos de vandalismo, además de la

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

problemática que suponen las redes de tráfico ilegal de esta sustancia. Concretamente, los accidentes de tráfico son una importante consecuencia de índole social derivada del consumo de cocaína, pues la proporción de conductores fallecidos que dieron positivo al consumo de cocaína era de un 5,2% en 1999 y pasó a un 6,8% en el 2003 (OED, 2003).

También la misma sociedad se ve afectada en su estructura y organización debido al aumento de demandas en los servicios de salud. En España, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (2003), las urgencias hospitalarias por reacción aguda a la cocaína pasaron de un 26,1% en 1992 a un 49% en 2002, los ingresos hospitalarios en urgencias por reacción aguda a drogas en que se mencionara la cocaína ascendieron de un 26,1% en 1996 a un 49% en 2002, y la proporción de muertes por reacción aguda a drogas en que se detectara cocaína pasaron de un 1,2% en el período 1983-1989 a un 11,3% en 2002 (OED, 2003; OED, 2004).

Los cocainómanos con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público y conflictos de todo tipo. En el área económica, dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas, destaca el narcotráfico, creándose bandas organizadas con toda la problemática social que ello implica. Según datos del Observatorio Español sobre Drogas (2003), un 16% del total de denuncias por tenencia ilícita de drogas y un 29,82% de las detenciones por tráfico durante el 2003 se debieron a la cocaína.

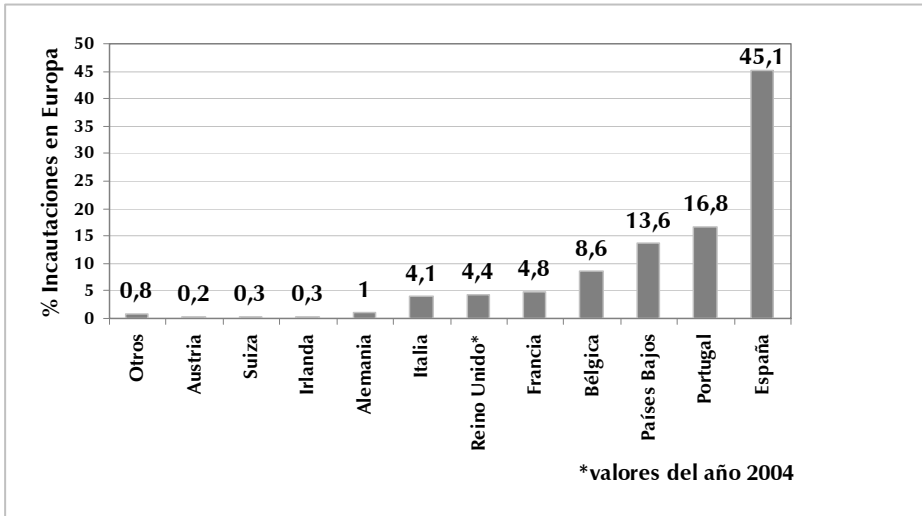
Es importante destacar que España es el país europeo que más incautaciones de cocaína ha realizado en los últimos 12 años (ver gráfico 1). De hecho, durante el año 2005 el 45% de incautaciones de cocaína europeas fueron realizadas en España (ONUDD, 2007), estas incautaciones son fruto de los esfuerzos policiales y gubernamentales por frenar el narcotráfico en España y Europa, pero todo ello tiene un coste y una sobrecarga sobre el sistema policial y, en definitiva, sobre la sociedad española en general.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Gráfico 1.

Incautaciones de cocaína en Europa



Fuente: Informe mundial de drogas, 2007. ONUDD.

Como adelantábamos anteriormente, los cocainómanos se entregan al consumo casi en exclusiva, y desatienden sus responsabilidades sociales, laborales y/o familiares básicas. En consecuencia, las relaciones familiares, con los amigos y con la pareja se deterioran, las discusiones son frecuentes, la comunicación se interrumpe, se pierde la confianza, y en definitiva, se produce un alejamiento del entorno más cercano. Sus hábitos vitales y sus ingresos económicos se resienten y pronto pueden empezar a deber dinero a familiares o traficantes, o entrar en situaciones financieras inestables (Caballero, 2005), con el riesgo que ello implica para el desarrollo de conductas delictivas que proporcionen dinero rápido y fácil.

A nivel laboral la dependencia de cocaína suele causar problemas pues los cocainómanos faltan al trabajo o no rinden lo suficiente, suelen restarle tiempo al trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, siendo las consecuencias más frecuentes los retrasos, la menor productividad, el deterioro de la calidad del trabajo o la pérdida del mismo.

Las familias y/o los cónyuges suelen estar alarmados, se quejan de su falta de relación con ellos, de las frecuentes ausencias de casa y de cómo buscan discusiones o peleas cuando vuelven a sentirse inquietos y planean el siguiente consumo (Caballero, 2005). Las mentiras, la dejación de responsabilidades, el dispendio económico, las alteraciones del ánimo, las peleas y conflictos... suelen

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

alterar la vida familiar, y estas familias suelen sentir angustia, culpa, miedo o vergüenza ante el problema.

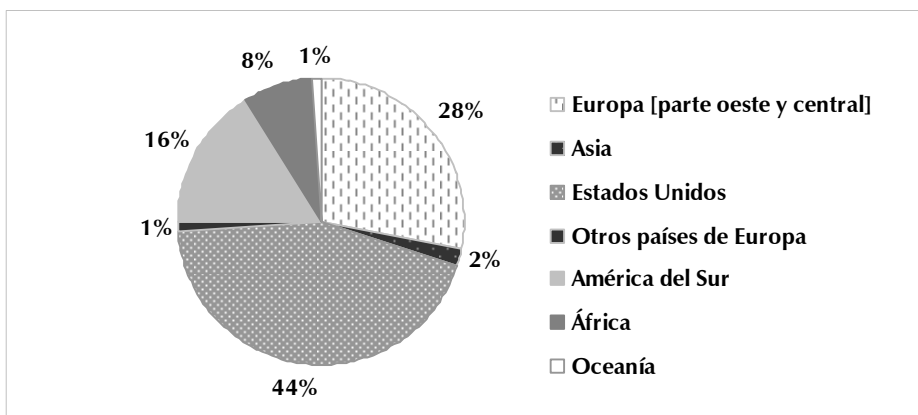
Con frecuencia, los miembros de la familia cesan de actuar de forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por el consumo abusivo o la dependencia de cocaína de un ser querido. Algunos se niegan a reconocer la existencia del problema bloqueando sus propias emociones, otros encubren los hechos, por ejemplo, ocultando el consumo de uno de los cónyuges a los hijos o ayudando al drogodependiente a obtener la droga. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema.

1.5. Situación actual del consumo de cocaína

Se estima que hay 14,3 millones de consumidores de cocaína en todo el mundo (ONUDD, 2007) y Estados Unidos es el país donde mayor número de consumidores existe, aunque aproximadamente una cuarta parte de los consumidores mundiales está en Europa, particularmente en España y en el Reino Unido. En la gráfico 2, se muestra la distribución geográfica de la prevalencia del consumo de cocaína a escala mundial en el año 2005.

Gráfico 2.

Prevalencia de cocaína en el mundo durante el 2005



Fuente: Informe mundial de drogas, 2007. ONUDD.

España informó recientemente de que por primera vez, la prevalencia anual del consumo de cocaína había superado la de los Estados Unidos (ONUDD, 2007).

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

La cocaína en forma de polvo (clorhidrato) es la segunda droga ilegal más consumida en España después del cannabis y también ocupa el segundo lugar respecto al resto de sustancias en cuanto al volumen de problemas que genera (OED, 2005). El 7% de la población general (entre los 15 y 64 años de edad) la ha consumido alguna vez en la vida y un 3% la ha consumido en el último año (OED, 2005). Al evaluar el consumo en los últimos 30 días previos a la encuesta, un 1,6% de la población general había consumido cocaína, y existe una mayor proporción de hombres consumidores que de mujeres (ver tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de género en la prevalencia del consumo de cocaína en España

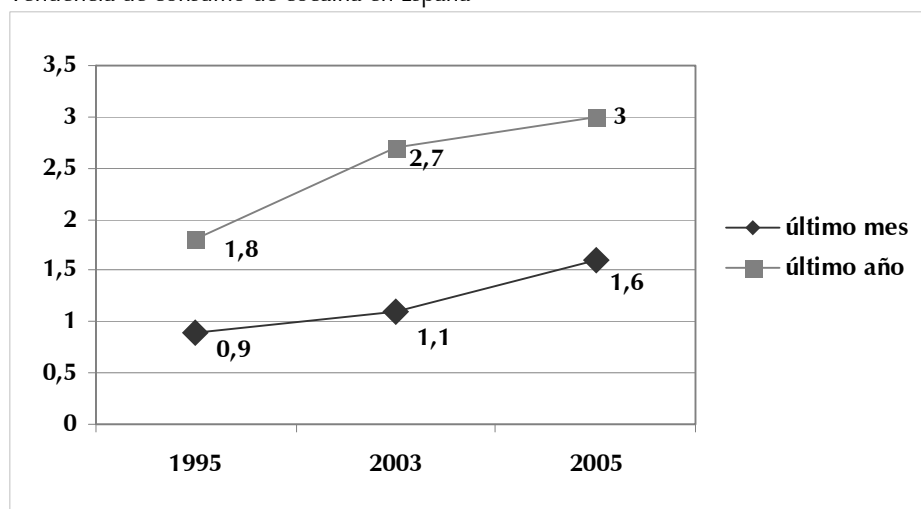
	Consumo cocaína últimos 12 meses	Consumo cocaína últimos 30 días
Hombres	4,6%	2,5%
Mujeres	1,3%	0,7%

Fuente: Avance informe encuesta 2005-2006 Observatorio Español sobre Drogas

Algunos datos indican que en España cada día hay más consumidores, pues el consumo en el último año previo a la encuesta entre población general era de un 1,8% en 1995 y pasó a un 3% en 2005 (ver gráfico 3).

Gráfico 3.

Tendencia de consumo de cocaína en España



Fuente: Informe 2004 y avance informe 2005-2006 Observatorio Español sobre Drogas.

Muy relacionado con el consumo está la percepción de disponibilidad de la sustancia y el riesgo atribuido a la misma. Mientras que la prevalencia del

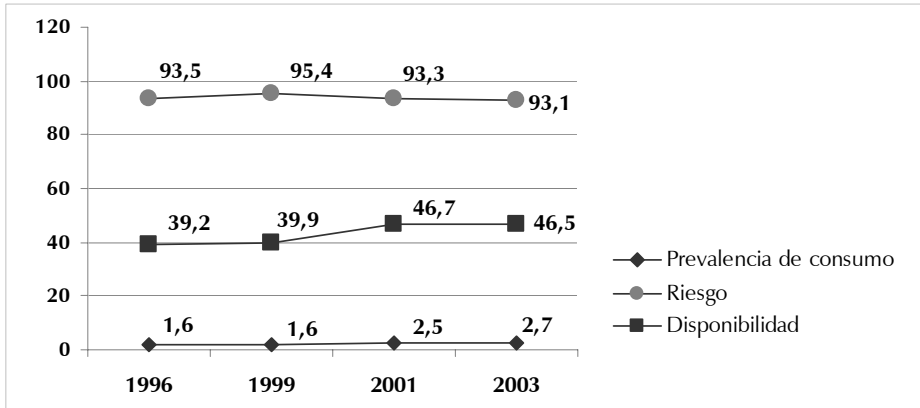
Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

consumo y percepción de disponibilidad de la cocaína aumentan, la percepción del riesgo disminuye (ver gráfico 4).

Gráfico 4.

Prevalencia del consumo de cocaína en el último año, percepción del riesgo según el consumo y disponibilidad percibida. España, 1997- 2003



Fuente: Informe 2004 Observatorio Español sobre Drogas.

A pesar de que la percepción del riesgo asociada a la cocaína ha disminuido, cada vez hay más personas que acuden a tratamiento debido al consumo de cocaína, pues en 1992 acudieron por primera vez 932 personas y durante el año 2002 este número ascendió a 7.125.

Tal y como muestra el gráfico 5, del total de admisiones a tratamiento, un 25,5% se debe al consumo de cocaína y entre los pacientes admitidos a tratamiento por primera vez este número asciende a un 41,7%. En contraste con el resto de Europa, el tratamiento de cocaína en España supone casi el mismo porcentaje que el de los opiáceos (que durante el 2004 era del 44,5%). En números absolutos, la demanda de tratamiento por consumo de cocaína durante el 2002 fue de 11.900 y pasó a 21.400 en el 2004. Es importante señalar que en Cataluña y Valencia el tratamiento de cocaína excede ya al de heroína (ONUDD, 2007).

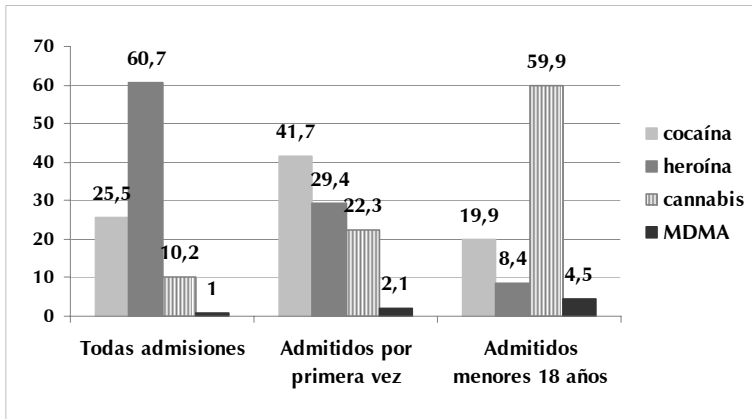
También existe un importante colectivo de adolescentes con problemas de abuso o dependencia de cocaína, pues un 20% de los admitidos a tratamiento por cocaína son menores de 18 años (OED, 2004).

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Gráfico 5.

Proporción de tratados por abuso/dependencia de cocaína, heroína, cannabis, MDMA en España, 2002



Fuente: Informe 2004 Observatorio Español sobre Drogas.

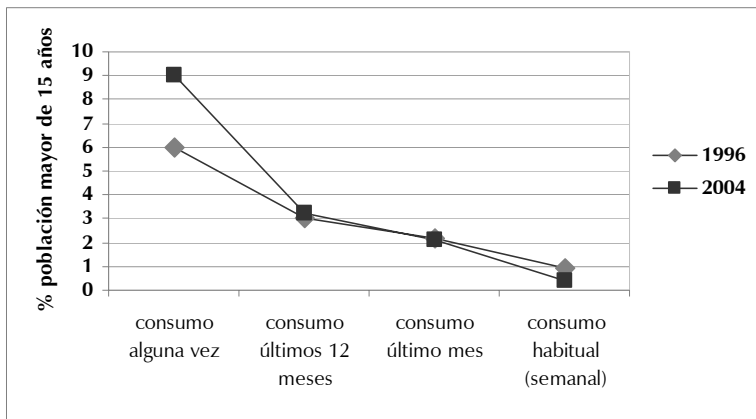
Las cifras relacionadas con el consumo de cocaína en la Comunidad Valenciana son ligeramente superiores a la media nacional y convierten a la cocaína en la segunda sustancia ilegal más consumida (Pérez, Castellano & Valderrama, 2005). Según datos de la encuesta que se realiza en la población general en la Comunidad Valenciana desde el año 1996, se ha producido un aumento de 3 puntos porcentuales en el consumo experimental de cocaína del año 1996 al 2004 (ver gráfico 6), mientras que la prevalencia del consumo en el último año y el consumo del último mes se mantienen en valores similares y el consumo habitual desciende ligeramente.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Gráfico 6.

Evolución del consumo de cocaína en la Comunidad Valenciana



Fuente: Generalitat Valenciana (Sistemas Autonómico Valenciano de Información en Adicciones). Encuestas Domiciliarias sobre Drogas a Población General. FAD-EDIS (1996, 2004).

Los pacientes que demandan tratamiento por abuso o dependencia de cocaína en la Comunidad Valenciana son en su mayoría jóvenes (de 20 a 40 años), con una proporción mucho mayor de hombres (85,29%) que de mujeres (14,71%). Un 28,52% consume cocaína todos los días y casi la mitad consume entre 1 y 3 veces por semana durante los 30 días previos al tratamiento. Al igual que en el resto de España, la vía principal de consumo es la intranasal o esnifada (85%). La mayoría de los pacientes que acude a tratamiento por consumo de cocaína es policonsumidor, destacando el consumo de alcohol y cannabis (Pérez et al., 2005).

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

1.6. Criterios diagnósticos de la intoxicación, abuso y dependencia de cocaína

Las clasificaciones diagnósticas contemplan diversos diagnósticos relacionados con el consumo de cocaína, como la *intoxicación por cocaína*. En el cuadro 1, se muestran los criterios generales del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para el diagnóstico de intoxicación aguda debida al consumo de cocaína, y en el cuadro 2 los criterios generales del DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) para el diagnóstico de intoxicación por cocaína.

Cuadro 1. Criterios CIE-10 (CDI) para intoxicación aguda debida al consumo de cocaína (F14.x0)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas que incluyan alguno de los siguientes signos:
 - 1. Euforia y sensación de aumento de energía.
 - 2. Hipervigilancia.
 - 3. Creencias o actos de grandiosidad.
 - 4. Actitud abusiva o agresividad.
 - 5. Beligerancia verbal.
 - 6. Labilidad del humor.
 - 7. Conductas repetitivas estereotipadas.
 - 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
 - 9. Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada.
 - 10. Ideación paranoide.
 - 11. Interferencia en el funcionamiento personal.
- C. Deben estar presentes al menos dos de los siguientes signos:
 - 1. Taquicardia (a veces bradicardia).
 - 2. Arritmias cardíacas.
 - 3. Hipertensión (a veces hipotensión).
 - 4. Sudoración y escalofríos.
 - 5. Náuseas y vómitos.
 - 6. Pruebas de pérdida de peso.
 - 7. Dilatación pupilar.
 - 8. Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento).
 - 9. Debilidad muscular.
 - 10. Dolor torácico.
 - 11. Convulsiones.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Cuadro 2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de intoxicación por cocaína (F14.00)

- A.** Consumo reciente de cocaína.
- B.** Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C.** Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - 1. Taquicardia o bradicardia.
 - 2. Dilatación pupilar.
 - 3. Aumento o disminución de la tensión arterial.
 - 4. Sudoración o escalofríos.
 - 5. Náuseas o vómitos.
 - 6. Pérdida de peso demostrable.
 - 7. Agitación o retraso psicomotores.
 - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas.
 - 9. cardíacas.
 - 10. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D.** Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El *abuso y/o uso perjudicial de la cocaína* se define como un consumo de cantidades habitualmente menores que en la dependencia y sin su regularidad, pero que conlleva consecuencias negativas: físicas, laborales, sociales, etc. El *craving* o necesidad irresistible de consumo³, se da tanto en la dependencia como en el abuso.

En el cuadro 3, se muestran los criterios generales del CIE-10 para el diagnóstico del consumo perjudicial de cocaína, y en el cuadro 4 los criterios generales del DSM – IV-TR para el abuso de sustancias (cocaína).

³ DSM IV (APA, 1994, pag. 182).

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Cuadro 3. Criterios CIE-10 (CDI) para el consumo perjudicial de sustancias (cocaína, F14.1)

- A.** Debe haber pruebas claras de que el consumo de cocaína ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- B.** La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).
- C.** La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de doce meses.
- D.** El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda F1x.0).

Cuadro 4. Criterios generales DSM-IV-TR para el abuso de sustancias (cocaína)

- A.** Patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por uno o más de los items siguientes durante un periodo de 12 meses:
 - 1.** Consumo recurrente de cocaína que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de cocaína; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la cocaína; descuido de los niños o de las obligaciones de casa).
 - 2.** Consumo recurrente de cocaína en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la cocaína).
 - 3.** Problemas legales repetidos relacionados con la cocaína (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la cocaína).
 - 4.** Consumo continuado de cocaína a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la cocaína (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).
- B.** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de cocaína.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Hasta no hace mucho tiempo persistía la idea de la falta de capacidad adictiva de la cocaína, y aunque la definición de abuso de sustancias del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) era lo suficientemente amplia como para abarcar diferentes casos de consumidores crónicos de cocaína, la discusión se planteaba ante la presencia de un auténtico síndrome de abstinencia siguiendo el modelo de privación que provocaban los depresores, condición ineludible para calificar a una sustancia como adictiva. También se dudaba sobre el potencial adictivo de la cocaína en relación con la tolerancia. La primera definición operativa de *dependencia de cocaína* incluida en una nosotaxia psiquiátrica fue la del DSM-III-R (APA, 1987). La OMS, antes de la edición del CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) definía la dependencia de cocaína como un estado resultante de la administración repetida de cocaína en el que sólo se tenía en cuenta la dependencia psicológica y el abuso, e indicaba, explícitamente, la ausencia de tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia. En el CIE-10 (OMS, 1992) se quitaba importancia a los aspectos fisiológicos y no se requería de la aparición de estos signos para confirmar un diagnóstico de dependencia.

El consumo abusivo y dependiente de cocaína se asocia a diferentes aspectos. Entre éstos destacan: la vía de administración, pues el consumo de base libre (fumada) y de clorhidrato intravenoso son los más adictivos; el tiempo y la cantidad, pues a mayor tiempo de consumo y cantidad de cocaína más probabilidades existen de que el sujeto se haga dependiente; la tendencia a la compulsión y movimientos estereotipados, pues las personas con estas conductas que consumen cocaína desarrollan adicciones más graves y más rápidas; la presencia del "crash", ya que la aparición de un cuadro con intensa disforia después de consumir puede predisponer al consumo para aliviarlo; y la presencia de síntomas generales de abuso o dependencia.

Normalmente, el perfil clínico característico de un dependiente a la cocaína es el de una persona que presenta tolerancia, autoadministración compulsiva y, en ocasiones, síntomas de abstinencia cuando interrumpe el consumo. Tras años de consumo suele aparecer la dependencia pero a veces se establece al poco tiempo de haber comenzado a consumirla. Es habitual que el dependiente de cocaína sufra complicaciones médicas y/o psiquiátricas como ansiedad, depresión, psicosis cocaínica, agresividad, pérdida de peso y síntomas de abstinencia.

En el cuadro 5 se muestran los criterios generales del CIE-10 para el diagnóstico de síndrome de dependencia (cocaína F14.2) y en el cuadro 6 los del DSM - IV-TR para el diagnóstico de dependencia de cocaína.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Cuadro 5. Criterios generales CIE-10 (CDI) para el diagnóstico de síndrome de dependencia (cocaína F14.2)

- A.** Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:
1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la cocaína.
 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
 3. Un cuadro fisiológico de abstinencia (ver F1x.3 y F1x.4) cuando se reduce o cesa el consumo de la cocaína, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de cocaína para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
 5. Preocupación por el consumo de cocaína, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
 6. Consumo persistente de la cocaína a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales (ver F1x.1), que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico de síndrome de dependencia de cocaína puede especificarse más con los siguientes códigos, de un quinto y sexto carácter.

F14.20 En la actualidad en abstinencia.

F1x.200 Remisión temprana.

F1x.201 Remisión parcial.

F1x.202 Remisión completa.

F14.21 En la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido (por ejemplo, hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F14.22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución (dependencia controlada). (Por ejemplo, con metadona, parche o chicle de nicotina).

F14.23 En la actualidad en abstinencia, pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

F14.24 Consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

F1x.240 Sin síntomas físicos.

F1x.241 Con síntomas físicos.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Si se desea, el curso de la dependencia puede especificarse más como sigue:

F14.25 Con consumo continuo.

F14.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

Cuadro 6. Criterios generales DSM-IV-TR para el diagnóstico de síndrome de dependencia

Un patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento del periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los ítems siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de la cocaína.
 - b. Se toma cocaína o una sustancia parecida para evitar la abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias) en el consumo de la sustancia (por ejemplo consumir una y otra vez) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de cocaína (p.ej., consumo de cocaína a pesar de sentirse deprimido después, etc.).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana
- 0 Remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida
- 0 Remisión parcial sostenida
- 1 En entorno controlado
- 2 En tratamiento con agonistas
- 3 Leve/moderado/grave

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Una vez descritos los criterios utilizados normalmente para diagnosticar una dependencia de cocaína, es conveniente hacer una serie de puntualizaciones respecto al género, porque es importante para el objeto de estudio de esta investigación. Las mujeres pasan a depender más rápidamente que los hombres de sustancias como la cocaína y aunque las mujeres hayan consumido esta sustancia por un período más breve de tiempo, sus tasas de dependencia son semejantes a las de los hombres (Westermeyer & Boedicker, 2000; Lynch et al., 2002; Reynolds & Bada, 2003).

1.7. Tratamientos para el abuso o dependencia de cocaína

1.7.1. Farmacoterapia para la dependencia de cocaína

Pese a los esfuerzos realizados desde el área de la psicofarmacología, el tratamiento más eficaz de la dependencia de cocaína es el psicosocial, puesto que todavía no existe ningún tratamiento farmacológico eficaz para este trastorno. Hace 10 años una revisión exhaustiva realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría (1997) así lo afirmó y sigue manteniéndose esta realidad en la actualidad, pues no existe un tratamiento biológico estandarizado de la adicción a la cocaína cuya eficacia sea superior a los demás (Caballero, 2005).

El manejo clínico y los tratamientos psicosociales son el fundamento de la indicación actual para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Henessy, Menil & Wesiss, 2003; Vocci & Elkashef, 2005). En el área farmacológica, en los últimos 20 años se han desarrollado múltiples hipótesis y, en consecuencia, propuestas de tratamientos farmacológicos de acuerdo con las mismas. Por ejemplo, la hipótesis que propugnaba una hipofunción del sistema dopaminérgico, proponía agentes dopaminérgicos como la mantadina o bromocriptina; la hipótesis que indicaba que dejar de consumir cocaína producía un cuadro depresivo, abogaba por antidepresivos como la desipramina, y a los que padecían de trastornos mentales se proponía que el tratamiento específico del trastorno podía tener efecto antiadictivo. Los eutimizantes como la carbamacepina fueron propuestos por las convulsiones que frecuentemente produce esta sustancia. Sin embargo, muchas de estas hipótesis siguen sin ser confirmadas ni descartadas, pues existen importantes problemas metodológicos en la realización de los ensayos clínicos, como la heterogeneidad de las muestras, la dificultad de que los fármacos

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

disminuyan el “craving” y el “priming”⁴, la insuficiente duración de los ensayos clínicos, la habitual exclusión de los pacientes más graves de los ensayos, y la elevada tasa de abandonos (Sayre et al., 2004).

Actualmente se ensaya el modelo de la infección y los antibióticos, que consiste en la administración de esteroides para acelerar la metabolización de la cocaína. Otro modelo que se está desarrollando en la actualidad es el de la diabetes y la insulina, siguiendo el modelo de la metadona para la heroína que en el caso de la cocaína sería hacer un programa con mantenimiento de estimulantes como el metilfenidato o la d-anfetamina.

Por otro lado, se ha desarrollado ya una vacuna estructuralmente similar a la cocaína unida a una proteína antigénica que impide su metabolismo y da lugar a una respuesta inmune. La capacidad de bloquear los efectos fisiológicos y conductuales de la cocaína y de evitar su autoadministración se ha probado ya en animales (Carrera et al., 2000; Carrera, Ashely, Wirsching, Koob & Janda, 2001) y también en humanos (Martell, Mitchell, Poling, Gonsai & Kosten, 2005).

Una de las principales ventajas de la vacuna es que su aplicación podría revertirse inmediatamente por un impulso y este efecto parece muy útil en el tratamiento de la adicción a la cocaína, pues este problema se caracteriza por la alteración de la motivación, la impulsividad y la compulsividad. Pero todavía están debatiéndose los aspectos legales y éticos de esta técnica, pues se desconocen muchos aspectos, como por ejemplo cómo administrar las dosis, con qué frecuencia se tendría que repetir la vacunación en un mismo individuo, y por qué algunas personas apenas generan anticuerpos.

Existe una técnica que produce la inmunización activa con una molécula conjugada en la que la succinil-norcocaína se une a una proteína transportadora toxina de cólera recombinante rCBT con hidróxido aluminico como adyuvante y esto podría ser más aplicable en la clínica que las técnicas previas (Kosten & Biegel, 2002). Es decir, la vacuna está diseñada para generar anticuerpos específicos que “capturan” la cocaína en la sangre. Juntos formarían una molécula de gran tamaño, lo suficientemente grande como para no atravesar la barrera hematoencefálica, y así se evita que la droga llegue hasta el cerebro y los efectos psicoactivos no se produzcan. El organismo eliminaría la cocaína de forma natural y el paciente no notaría los estímulos propios de esa droga.

En general, la vacuna para combatir la cocainomanía parece una buena opción para pacientes motivados y dispuestos a ser atendidos en un programa integral. Pero es importante recordar que la vacuna no suprime el deseo de

⁴ El término *priming* hace referencia a la compulsividad que obliga a consumir más tras experimentar los efectos iniciales.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

consumir cocaína, sólo evita los efectos psicoactivos y bloquea el refuerzo del deseo si una persona que está dejando la adicción sufre una recaída.

1.7.2. Psicoterapia para la dependencia de cocaína

Carroll et al. (1994) en un estudio que comparaba psicoterapia y farmacoterapia entre adictos a la cocaína, indicaron la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para distintos tipos de consumidores de cocaína. Pero sin entrar en el desarrollo de tratamientos según tipología de consumidores, Karabanda, Anglin, Khlasa-Denison y Paredes (1999) establecieron que la psicoterapia ambulatoria intensiva (más de una vez por semana) era una de las opciones más efectivas para estabilizar la abstinencia. Crits-Christoph et al. (1997) aludían a la necesidad de que la terapia, individual, grupal o familiar, debía tener una frecuencia de más de dos sesiones por semana para obtener resultados satisfactorios.

La terapia cognitivo conductual es la psicoterapia más utilizada por los profesionales. Este tipo de terapia parte del análisis funcional de la conducta-problema y organiza y desarrolla un entrenamiento en habilidades individualizado y destinado a desaprender hábitos asociados al consumo de cocaína y sustituirlos por otros saludables.

El ámbito de aplicación asistencial de la terapia cognitivo conductual suele ser un dispositivo ambulatorio, facilitando la continuación de la vida cotidiana del usuario. Suele aplicarse a lo largo de 12-16 sesiones individuales, semanales y de una duración aproximada de 60 minutos, aunque en ocasiones la disponibilidad asistencial es escasa y se recurre a formatos grupales. Tras el tratamiento se suele continuar con un seguimiento que tiene como objetivo mantener los resultados positivos alcanzados y fomentar la realización de actividades seguras y libres de drogas (Caballero, 2005).

El área social, ambiental, emocional, cognitiva y física, suelen ser áreas relevantes de aplicación de la terapia cognitivo conductual. El entrenamiento en habilidades utiliza los principios del condicionamiento clásico, del operante y el modelado, adaptados a las necesidades de cada paciente a través de una práctica continuada. Pero este tipo de terapia no suele ser recomendable en pacientes con trastornos médicos o psiquiátricos graves.

Carroll (2001) desarrolló herramientas para sistematizar este tratamiento que han sido traducidas al español. Dentro de la terapia cognitivo conductual, estudios con contratos de contingencia, es decir, con compromisos de cumplimiento, han obtenido resultados positivos durante el período que dura el contrato. También el refuerzo social combinado con incentivos y la terapia de

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

exposición a estímulos han obtenido cierta eficacia, si bien su efectividad no ha conseguido ser muy elevada.

El programa cognitivo conductual de Carroll está organizado en torno a ocho temas aplicables en sesiones que tienen formato 20/20/20, es decir cada sesión esta dividida en tres partes de 20 minutos cada una. En la primera parte se evalúa y analiza el consumo, las situaciones de riesgo, el “craving” y en definitiva se escucha al paciente; la segunda parte, consiste en introducir y comentar la nueva sesión; y la última, consiste en explorar la comprensión y reacciones del paciente al asignar un ejercicio práctico para la semana siguiente.

Los temas en torno a los que se organizan las sesiones son: afrontar el “craving”; aumentar la motivación y el compromiso para dejar de consumir; aprender a ser asertivo y habilidades para rechazar el consumo; identificar y controlar decisiones aparentemente poco importantes; aprender a afrontar situaciones en general; mejorar en la resolución de problemas; y reducir el riesgo de infectarse por VIH.

Por otro lado, la terapia interpersonal puede resultar útil entre dependientes a la cocaína que no padezcan trastornos graves por su consumo. Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) indicaron en su estudio que los seguimientos terapéuticos de un año o más tiempo ponen de manifiesto el efecto positivo de la psicoterapia a largo plazo.

La terapia psicodinámica tiene escasos estudios que comprueben su utilidad en el uso abusivo o dependencia de la cocaína, pero tanto en su construcción individual como grupal parece aumentar la tasa de retención. La terapia psicodinámica breve (Luborsky, 1984), y la psicoterapia interpersonal son muy similares y tienen una eficacia parecida a la terapia cognitivo conductual. Además, estos tres procedimientos terapéuticos son los más utilizados en el tratamiento del consumo de sustancias.

1.7.3. Recursos para el tratamiento de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana

El modelo de intervención en drogodependencias en la Comunidad Valenciana, se estructura en tres niveles básicos:

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

El primer nivel está constituido por:

- Equipos de Atención Primaria, distribuidos en zonas básicas de salud.
- Equipos Sociales de Base, distribuidos en áreas de acción social.
- Unidades de Prevención Comunitaria de la Administración Local.
- Unidades de Prevención del SIDA de los Centros de Salud Pública.
- Centros y Servicios dependientes de la Administración de Justicia.
- Programas gestionados por las organizaciones no gubernamentales y asociaciones de autoayuda en los términos establecidos en la legislación vigente.

Y los servicios básicos que prestan estos recursos a las personas con problemas de drogas son:

- Dar información, orientación, asesoramiento, motivación y educación sanitaria y promoción de la salud y en su caso, derivar hacia niveles básicos o especializados de intervención sanitaria y social.
- Diagnosticar y realizar detección precoz a través de la valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.
- Atender la problemática social y las patologías asociadas al uso y/o abuso de drogas.
- Apoyar en el proceso de inserción social.
- Apoyar a los familiares y el entorno afectivo.
- Dispensación de sustitutivos opiáceos de sujetos en programa de mantenimiento con opiáceos.

El segundo nivel lo constituyen:

- Unidades de Conductas Adictivas (UCA).
- Unidades de Salud Mental.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica, de agudos y de media estancia.
- Hospitales Generales y centros de especialidades.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

Las prestaciones de atención especializada que proporcionan estos centros son:

- Planificar de forma individualizada el proceso terapéutico, que consiste en la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- Apoyar y coordinar los procesos de incorporación social, y los recursos del nivel primario y terciario de intervención.
- Evaluar y seguir los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- Atender las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.
- Atender las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- Dotar de educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos del SIDA.

El tercer nivel, complementario de los dos anteriores, lo constituyen:

- Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH).
- Unidades de deshabituación residencial (UDR).
- Centros de Día (CD).
- Centros de encuentro y acogida.
- Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD).

Dentro de la red sanitaria pública valenciana, las UCA desarrollan un papel fundamental, siendo las encargadas del diagnóstico y tratamiento sanitario, en régimen ambulatorio, de los pacientes que presentan algún tipo de patología adictiva, así como el apoyo, asesoramiento y/o tratamiento específico, si se precisa, de los familiares directamente afectados. Existen un total de 34 Unidades de Conductas Adictivas, 14 en Alicante, 4 en Castellón y 16 en Valencia. El acceso de los pacientes a estas Unidades se realiza o de forma directa o bien por derivación de cualquier centro o servicio sanitario.

En esta investigación, las UCA fueron los centros públicos seleccionados para captar a los participantes, pues son los centros de referencia para el tratamiento de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana.

Tras realizar el obligatorio recorrido sobre el sistema de atención a las drogodependencias en la Comunidad Valenciana, es imprescindible que se trate un hecho común a casi todas las adicciones entre el colectivo femenino, es decir, las barreras que se encuentran a la hora de ir a tratamiento.

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

1.7.4. Barreras de tratamiento para las mujeres

Es un hecho generalizado, que un número menor de mujeres que de hombres recurre a los servicios de tratamiento de drogas. Esto puede reflejar el hecho de que, en general, más hombres que mujeres abusan de las drogas o que las mujeres se encuentran con más barreras que los hombres para acceder al tratamiento.

Los consumidores de drogas suelen ser objeto de presiones de tipo social, personal y cultural. Cuando se trata de mujeres consumidoras, a estas presiones se les suma el sentimiento de culpa y vergüenza que conlleva la estigmatización de su consumo. Si se hace una comparación entre los hombres y mujeres que acuden a tratamiento, se observa cómo las mujeres, en muchas ocasiones, tienen hijos dependientes, viven con una pareja que también consume drogas, presentan mayor probabilidad de haber experimentado abusos durante la infancia y tienen una mayor incidencia de problemas psiquiátricos concomitantes. Todos estos factores dificultan aún más el acceso de las mujeres al tratamiento y su continuación en el mismo.

Lynch et al. (2002) observaron que las mujeres afrontan muchos obstáculos para acceder al tratamiento y tienden a buscar más ayuda a través de otros recursos como los servicios de salud mental. Otros trabajos de investigación han observado que los hombres adictos a la cocaína tienden más a contactar con servicios de tratamiento que las mujeres (Powis, Griffiths, Gossop & Strang, 1996).

Según identifica la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2005), entre los obstáculos más frecuentes a los que las mujeres se enfrentan a la hora de acudir a tratamiento se encuentran:

1. La estigmatización, vergüenza y culpa. Estos sentimientos son un obstáculo que se da en casi todas las sociedades y culturas. La estigmatización por consumo de sustancias es mayor para la mujer que para el hombre. La vergüenza y la culpa que sienten las mujeres por esa dependencia y por no poder cumplir las expectativas sociales que se esperan de ellas, hacen que no reconozcan su problema y por lo tanto no acudan a tratamiento.
2. El cuidado de los hijos y la falta de ayuda para atenderlos. Este es probablemente uno de los factores que más limita el acceso de la mujer al tratamiento, influyendo también el miedo a perder la custodia de los hijos, pues las mujeres con problemas de consumo de sustancias, a menudo no dicen nada porque temen que no se las considere aptas como madres y puedan perder la custodia de sus hijos. Muy relacionado con esto está el tema de los embarazos, pues cuando algunas de estas mujeres pierden la

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

custodia de los hijos, vuelven a quedarse embarazadas, comenzando así un ciclo que en muchas ocasiones no es atendido con la diligencia que requiere.

3. La coordinación de los servicios. En el caso de las mujeres, si la coordinación entre el sistema de tratamiento de drogas y el sistema social que asegure el bienestar de sus hijos no funciona, probablemente la mujer no recurra al servicio de tratamiento.
4. Estas mujeres suelen vivir con una pareja que también consume drogas, en ocasiones han sufrido abusos durante la niñez y provienen de familias con problemas de drogadicción, todo ello hace que no cuenten con apoyos. La probabilidad de tener una pareja sexual que consuma sustancias o de proceder de familias con problemas de consumo de sustancias es mayor en las mujeres que en los hombres. También es habitual que las mujeres con parejas consumidoras, no quieran ir a tratamiento por temor a perder la relación.
5. Ubicación y horarios de los centros de tratamiento. En ocasiones, los centros se encuentran a cierta distancia de donde viven las usuarias, es posible que haya una falta de accesibilidad al centro pese a encontrarse en la misma ciudad o comunidad. El horario es otro problema de difícil solución, pues los deberes familiares y domésticos impiden en numerosas ocasiones que asistan a programas con horarios fijos.
6. Las listas de espera y la capacidad de respuesta inmediata. Si los programas de tratamiento no son capaces de dar una respuesta o apoyo inmediato tras un contacto inicial, tal vez estas mujeres no se sometan al tratamiento. Además, es frecuente que las mujeres y sus familiares carezcan de información sobre las opciones de tratamiento existentes.
7. La falta de detección del problema. En ocasiones, los profesionales de atención primaria pueden que no detecten problemas relacionados con el consumo de sustancias entre las mujeres porque tengan prejuicios o actitudes negativas al consumo femenino, o porque desconozcan los factores que hacen a las mujeres vulnerables a esos problemas, entre ellos, las diferencias biológicas, el abuso físico y el abuso sexual. No es extraño encontrar mujeres que consumen sustancias como solución a los problemas, como una forma de escapar a condiciones de vida difíciles, como por ejemplo padecer abusos físicos y/o sexuales. En estos casos suele ser muy difícil optar a cualquier cambio en su vida.
8. La seguridad física. La falta de seguridad física dentro y fuera del contexto del programa de tratamiento puede ser un obstáculo para cualquier mujer que lo inicie o para su permanencia en él, en particular si ha sido víctima de abuso

Capítulo 1.

Cocaína: historia, toxicología y consumo

físico o sexual o si su vida actual es sumamente vulnerable a la violencia. Los problemas de seguridad pueden variar desde la posibilidad de que los hombres accedan a las zonas donde se encuentran las mujeres internadas hasta el hecho de que los servicios estén situados en zonas de riesgo.

9. La falta de confianza en la eficacia del tratamiento contribuye negativamente a la superación de la dependencia a una sustancia. Hay mujeres que consideran que con su voluntad pueden superar la dependencia y otras, no tienen confianza en la eficacia del tratamiento.

Tras revisar algunas de las barreras más frecuentes con las que se encuentran las mujeres al acudir a tratamiento se puede comentar brevemente qué es lo que ocurre una vez la mujer accede al mismo, pues existen resultados como los obtenidos por Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas y Taylor (1997), que indican que las mujeres tienen menos recaídas que los hombres; una posible explicación de este hecho es la mayor asistencia a las sesiones y una mayor motivación. También Weiss, Martínez, Griffin, Greenfield y Hufford (1997) observaron que los hombres tenían menor probabilidad de mantenerse abstinentes tras realizar un tratamiento por su adicción a la cocaína. Los resultados tras 6 meses de seguimiento después de realizar el tratamiento, son consistentes con los que Kosten, Gawin, Kosten y Rounsaville (1993) obtuvieron, por lo que se podría decir que una vez comienzan el tratamiento las mujeres dependientes de cocaína tienen una mejor respuesta que los hombres, siendo paradójico con el hecho de que las mujeres se encuentran con muchas más barreras que los hombres para acceder al tratamiento que necesitan (Greenfield, 1996).

2 capítulo

VIOLENCIA: TEORÍAS, CONCEPTOS Y TIPOS

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos



CAPÍTULO 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

En este capítulo se aporta información sobre diferentes teorías y modelos existentes que analizan y explican la violencia, factores que influyen en las conductas violentas, terminología y conceptos relacionados con la violencia, tipos de violencia, así como datos epidemiológicos referentes a la incidencia y prevalencia de la violencia contra la mujer. En un último apartado se indica la relación existente entre la violencia y el consumo de drogas.

2.1. Teorías sobre el origen de la violencia

El tema de la violencia es complejo y requiere indagar desde diferentes enfoques teóricos. De manera general, se pueden agrupar en dos categorías el conjunto de teorías que tratan el fenómeno de la violencia: las teorías *instintivistas* y las *ambientalistas*.

Las teorías *instintivistas* consideran que la agresión tiene un importante componente orgánico o innato, elemental para el proceso de adaptación del individuo. También se denominan teorías *activas* o *innatistas* pues se supone que la agresión es un acto instintivo. Las principales teorías dentro de esta orientación son las teorías genéticas, etológicas, psicoanalíticas, de personalidad, de la frustración y de la señal-activación.

Por otro lado, las teorías *ambientalistas* resaltan el papel del medio ambiente. Desde este enfoque la agresión tiene que ver con la influencia del medio, por lo que destacan la importancia de los procesos de aprendizaje en la conducta violenta del ser humano. También se les conoce como *teorías reactivas* pues la agresión es una reacción ante sucesos ambientales o sociales. Las

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

principales teorías de esta orientación son las sociológicas, ecológicas, del aprendizaje social y de la interacción social.

Las teorías *instintivistas* o *innatistas*, son:

- La *teoría genética*, sostiene que las manifestaciones agresivas son el resultado de síndromes patológicos orgánicos o de procesos bioquímicos y hormonales que tienen lugar en el organismo del individuo. Enfatiza la importancia de la predisposición genética y los aspectos hereditarios en el desarrollo de la conducta violenta y agresiva.

Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión y de la esquizofrenia simple, así como que la adrenalina y la escasez de noradrenalina lo son de la depresión endógena. Apoyándose en los experimentos que han evidenciado que los esteroides de la corteza suprarrenal son capaces de inducir estados mentales agresivos y estados mentales de afiliación comunes, se ha inferido que debe de existir una mediación bioquímica que los sustente. También la testosterona ha demostrado guardar relación con la conducta agresiva. En este sentido, Mackal (1983) propuso la existencia de hormonas agresivas; pero si bien existe una relación entre los andrógenos y la agresividad en las ratas, tal relación para los seres humanos ha sido cuestionada. De hecho, Siegel (1998) no pudo evidenciar la relación entre niveles de testosterona y conductas agresivas entre prisioneros.

- La *teoría etológica*, considera que la agresión es una reacción innata del individuo que se basa en impulsos inconscientes biológicamente adaptados y que se han ido desarrollando con la evolución de la especie. La finalidad de la agresión es la supervivencia del individuo y de la propia especie. Se hace referencia a las similitudes entre los animales y el hombre, y al mismo tiempo tiene presente las diferencias cualitativas del desarrollo.
- La *teoría psicoanalítica* sostiene que la agresividad es un componente instintivo básico que surge como reacción ante el bloqueo de la libido, es decir, ante el bloqueo o impedimento de la consecución de aquello que provoca placer. Si el individuo es capaz de liberar la tensión interior acumulada por el bloqueo de la libido se producirá un estado de relajación, mientras que si no es capaz de liberarla, surgirá la agresión. Desde esta perspectiva, la agresión es, por tanto, el resultado de un cúmulo de afectos negativos internos que el individuo es incapaz de exteriorizar.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

- La *teoría de la personalidad* fundamenta el comportamiento violento en rasgos constitucionales de la personalidad, como la falta de autocontrol y la impulsividad. Desde esta perspectiva se considera que los factores de personalidad determinan o, en algunos casos, aumentan la probabilidad de que el individuo desarrolle conductas agresivas.
- La teoría de la *frustración*, derivada de los estudios de Dollar y Miller de la Universidad de Yale, señalan la conducta agresiva como una de las consecuencias más importantes de la frustración (Dollar, Miller, Doob, Mower & Sears, 1939). Afirman que cualquier agresión puede ser atribuida en última instancia a una frustración previa. Estos autores postulan que existe una relación causal directa entre la frustración provocada por el bloqueo de una meta y la agresión. Se entiende que existe una barrera externa que impide al individuo alcanzar la meta deseada, no es la mera ausencia de recompensas, también el resultado debe de haber sido esperado. Este significado fue el adoptado por la Universidad de Yale. Para este grupo, la instigación hacia la agresión estaría en proporción directa con la cantidad de satisfacción que el individuo contrariado haya anticipado y con el grado de impedimento que haya encontrado para lograr sus metas.
- Otra perspectiva más actual es la llamada *teoría de la señal-activación* propuesta por Berkowitz (1989) que entiende la frustración como una reacción emocional interna que surge ante la contrariedad, de manera que no sólo es necesaria una barrera externa que impida alcanzar la recompensa, sino que es necesaria la intervención de elementos cognitivos, es decir, que el sujeto interprete la situación como amenazante. La frustración, por tanto, no surge por la privación de algo *per se*, sino que es necesario desear poseer ese algo. En este sentido, la experiencia actúa como moderador de la reacción ante la frustración, por lo que no siempre actuaremos agresivamente ante una situación frustrante. El estado emocional generado es como una red de sentimientos y pensamientos concretos, de respuestas expresivo-motoras, tan organizados que la activación de cualquier componente tiende a extenderse, activando otras partes con las que está vinculado y generando así una movilización general de todo el organismo. Desde esta óptica, la agresión es una forma de respuesta que produce el individuo para reducir la instigación frustrante, tendente a destruir o perjudicar al organismo que la provoca o a un sucedáneo del mismo. Además, estas reacciones no son iguales en todos los individuos, existiendo

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

diferencias sexuales y otras relacionadas con las normas del grupo. Una de las críticas más importantes que se le hace a la afirmación de que cualquier acción agresiva puede ser atribuida a una frustración previa, es que no se reconoce la importante diferencia entre agresión emocional y agresión instrumental⁵. Así pues, la agresión también puede ser aprendida, comprobando en la experiencia que puede ser una conducta premiada de una u otra forma y que no necesita derivarse necesariamente de una contrariedad (Berkowitz, 1996).

En las teorías *ambientalistas* se incluían:

- La teoría del *aprendizaje social*, enfoque propuesto por Bandura (1976), que considera que el comportamiento agresivo es el resultado de un aprendizaje por observación e imitación. Bandura y Walker (1963) han explicado el comportamiento agresivo como el resultado del aprendizaje por imitación de modelos violentos, o aprendizaje vicario. La imitación de la conducta agresiva dependerá de si el modelo observado obtiene o no recompensas positivas de su agresividad: si obtiene un beneficio se incrementará la probabilidad de que el individuo imite el comportamiento agresivo, mientras que si el modelo es castigado por su conducta disminuirá la probabilidad de imitación. Desde esta perspectiva, cobran especial relevancia modelos tan importantes para el individuo como los padres y los amigos, e incluso los procedentes de los *mass media*⁶. Estudios realizados sobre la repercusión de las películas violentas en el observador, ponen de manifiesto que no sólo se ponen en juego reacciones aprendidas observando la conducta agresiva de la película, sino también respuestas similares aprendidas con anterioridad. Por ejemplo, Berkowitz y Rawling (1963) comprobaron que una película producía reacciones agresivas en la medida en la que el sujeto se identificaba con el héroe de acuerdo con su nivel de enfado. Pero la relación entre violencia televisiva y violencia

⁵ A veces el daño se infringe sin ningún otro motivo más que el de causar tal daño, como golpear a una persona arrastrados por la ira tras un insulto. En este caso recibe el nombre de agresión emocional u hostil. En cambio, cuando el daño se produce para obtener algo a cambio (impedir el ascenso de un competidor en el trabajo mediante difamaciones y calumnias, obtener dinero, conseguir prestigio...) recibe el nombre de agresión instrumental (Berkowitz, 1996).

⁶ Algunos estudios longitudinales clásicos como el de Eron, Huesmann, Lefkowitz y Walder (1972), han encontrado que los niños expuestos a programas televisivos de violencia a la edad de nueve años, mostraban una mayor agresividad a la edad de 19 años. Otros estudios han señalado que en un 70% de los experimentos realizados, presenciar películas violentas aumenta significativamente el nivel de agresión de los individuos (Clemente, 1995; Sanmartín, Grisolia & Grisolia, 1998; Sanmartín, 2002; Sanmartín, 2004).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

individual es compleja y difícil de confirmar. Aunque pudiera aceptarse que la violencia filmada tiene un cierto efecto en la subsiguiente conducta violenta del espectador, no todas las personas se ven afectadas de igual modo; depende en gran medida del individuo, de cómo éste perciba los mensajes y de si se identifica o no con el comportamiento violento que está viendo en la pantalla (López & Garrido, 2001; López, 2006). Por tanto, tal y como se ha demostrado, la conducta violenta es sumamente compleja y no es suficiente la observación de modelos agresivos para explicar la reproducción de la misma.

- La teoría de la *interacción social*, subraya el carácter interactivo del comportamiento humano y considera que la conducta violenta es el resultado de la interacción entre las características personales del individuo y las circunstancias del contexto social que le rodea. Esta perspectiva destaca el carácter bidireccional de la interacción: el ambiente influye en el individuo y éste a su vez en el ambiente.
- La teoría *sociológica* interpreta la violencia como un producto de las características culturales, políticas y económicas de la sociedad. La unidad de análisis de esta perspectiva es el grupo social, y no el individuo. Se sostiene que la causa que determina un hecho social debe buscarse entre los hechos sociales que la preceden y no entre los estados de conciencia individuales. Factores como la pobreza, la marginación, la dificultad del desarrollo intelectual, la explotación o el sometimiento a sistemas altamente competitivos..., están en la base del comportamiento desviado de ciertas personas. Desde esta corriente, también se concede gran importancia a los valores predominantes en la sociedad. En este sentido, en algunas culturas la agresión tiene un valor positivo, es una forma 'normal' de comportarse y, no sólo se admite sino que se premia. Esta tolerancia viene favorecida en muchas ocasiones por un elemento clave de influencia en la ciudadanía: los medios de comunicación.
- La *teoría ecológica* desarrollada por Bronfenbrenner (1979), contempla al individuo inmerso en una comunidad interconectada y organizada en diversos niveles. Este modelo empezó a utilizarse a finales de la década de los 70 para estudiar el maltrato de menores (Garbarino & Crouter, 1978; Bronfenbrenner, 1979;) y más tarde se aplicó a otras áreas de investigación de la violencia (Garbarino, 1985; Carp, 2000). La OMS en el Informe mundial sobre la violencia y la salud de 2003, ha recurrido a él para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

De todas las teorías que se han visto hasta ahora, ninguna por sí sola puede abarcar la complejidad de la violencia humana, que siendo multicausal en su origen, requiere un abordaje multidisciplinar. No obstante, el modelo conceptual más adecuado e integrador para estudiar cómo se aprende la conducta violenta desde la perspectiva de la presente tesis, es el modelo ecológico.

2.2. Modelo ecológico y explicación de la violencia

En base a los objetivos del presente estudio, el *modelo ecológico* tiene una utilidad fundamental: ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia y proporciona un marco para comprender cómo interactúan. Para analizar los factores que influyen en el comportamiento, o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos, clasifica cuatro niveles principales.

En el primer nivel se identifican los *factores biológicos* y de la *historia personal* que influyen en los individuos y que aumentan las probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Como ejemplo de los mismos destacan ciertas características demográficas (edad, educación, ingresos...), trastornos psíquicos o de personalidad, toxicomanías, y antecedentes de conductas agresivas o de haber sufrido maltrato. En este nivel tiene cabida gran cantidad de factores que merecen un análisis en mayor profundidad:

- Los factores orgánicos. Tanto en investigaciones realizadas con animales como en observaciones clínicas realizadas en humanos cuyos cerebros han sido dañados por enfermedad o por accidente, se han podido localizar centros en el cerebro (concretamente en mecanismos neurales en el sistema límbico) que están implicados en la producción de conductas agresivas. Estos mecanismos son activados y producen los cambios corporales cuando el individuo experimenta emociones como rabia, excitación y miedo (Reiss & Roth, 1993; López, 1996).
- Ciertos rasgos de personalidad pueden aumentar las probabilidades de actuar de forma violenta, como por ejemplo una tendencia significativa hacia el psicoticismo (despreocupación por los demás, gusto por burlarse de los demás y ponerles en ridículo, crueldad e insensibilidad ante los problemas ajenos, etcétera). Otro rasgo relacionado con el futuro desarrollo de conductas violentas es una alta extraversión, cierta inclinación por el riesgo y las situaciones de peligro (Aluja, 1991; Andrews & Bonta, 1994; Kazdin & Buella, 1994; Berkowitz, 1996).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

- Un déficit de las habilidades sociales necesarias para afrontar las situaciones frustrantes y de habilidades sociales para resolver conflictos, incide de manera decisiva y puede mantener e incluso aumentar las conductas violentas. Los sujetos clasificados como violentos, no suelen tener en su repertorio respuestas a situaciones adversas que no sean violentas. Estas conductas son el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información que dificulta la elaboración de respuestas alternativas (López, 2006). Se establece, así, un círculo que comienza con la siguiente premisa: la conducta violenta es el resultado del rechazo que sufre un individuo por su grupo social, que lo lleva al aislamiento, este aislamiento y rechazo excluyen a la persona de las experiencias básicas de interacción social, necesarias para el desarrollo de la competencia social, con lo cual el problema relacional cada vez es mayor (Walters, 1990; Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Blackburn, 1993; Echeburúa, 1994; Farrington, 1994a, 1994b; Medina, 1994; López & Garrido, 2000; López, Garrido, Rodríguez & Paíno, 2002).

En el segundo nivel se abordan las *relaciones más cercanas*, como las mantenidas con la familia, amigos, pareja, compañeros..., y se investiga de qué modo estas relaciones pueden aumentar el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. Estos factores relacionales próximos están determinados principalmente por la influencia de la familia, ya que en la edad infantil es el ambiente lo que incide en la conducta del sujeto de manera más importante. Las conductas violentas pueden ser respuestas aprendidas como instrumentos útiles para hacer frente a la frustración o como medios válidos para conseguir metas y resolver conflictos (López, 2006).

La familia es el núcleo básico donde la persona recibe sus primeras impresiones afectivas, impresiones que configuran más tarde su actitud y modo de entender la vida, su personalidad, la calidad de sus relaciones con los demás y su seguridad o inseguridad emocional ante el mundo. Así pues, como primer grupo de referencia, se convierte en un punto central de atención ya que puede ser fuente de modelos violentos, observando continuos conflictos familiares y siendo testigos de la violencia en el seno familiar y en el ambiente (López, 2006).

Tal y como señalan numerosos expertos, los procesos de interacción familiar colocan al individuo en riesgo de desarrollar conductas violentas (Garrido & Junger-Tas, 1994; Kazdin & Buella, 1994; Berkowitz, 1996; Sanmartín, Grisóla & Grisóla, 1998; Serrano, 1998; López & Garrido, 2001; López, 2006). Las prácticas de parentalidad juegan un papel muy relevante en el desarrollo de estos problemas de conducta, y lo hacen de diferentes formas (López, 2006):

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

- Las *interacciones* entre padres e hijos van modelando la conducta violenta mediante las *consecuencias reforzantes* inherentes a la conducta.
- El *tipo de disciplina* a que se les someta. Se ha demostrado que una combinación de disciplinas relajadas y poco exigentes con actitudes hostiles por parte de los padres fomentan el comportamiento violento.
- La *incongruencia en el comportamiento de los padres*. Ocurre cuando los padres desaprueban la violencia y, cuando ésta se manifiesta, la castigan con su propia agresión física o con amenazas, lo que resulta claramente contradictorio: *no se puede combatir la violencia con violencia*. Otra forma de expresar la incongruencia es castigando sólo a veces –y no siempre- un comportamiento violento (de esta forma, la persona está sujeta a un “refuerzo intermitente”), o bien cuando uno de los padres lo aprueba y el otro lo desaprueba. En ambas situaciones, al sujeto no se le están dando pautas claras de conducta, pudiendo experimentar una sensación de incoherencia al carecer de estructuras sólidas que le sirvan de marco de referencia.
- Las *relaciones deterioradas entre los propios padres*. A mayor conflicto en el núcleo familiar mayor hostilidad, menor afecto y apoyo emocional, y por tanto, más probabilidades de manifestar comportamientos violentos.
- Por último, las *restricciones excesivas* que los padres imponen a los hijos, sin dar explicaciones o razonar la adopción de las mismas, lo que puede provocar una sensación de opresión que desemboque en rebeldía y violencia.

Los puntos de vista más actuales asumen que el aprendizaje de la agresión ocurre fundamentalmente en el medio familiar, aunque también son importantes el modelado de los grupos de pares, y factores relacionados con el contexto comunitario.

En el tercer nivel se exploran los factores relacionados con los contextos comunitarios en los que se desarrollan relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo, y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos (como por ejemplo, la densidad de la población, niveles altos de desempleo, tráfico de drogas, etc). El ambiente más amplio en que la persona vive también puede actuar como un poderoso reforzador de la conducta violenta, especialmente si el individuo reside en un barrio donde la violencia es vista como un atributo muy apreciado.

Capítulo 2.

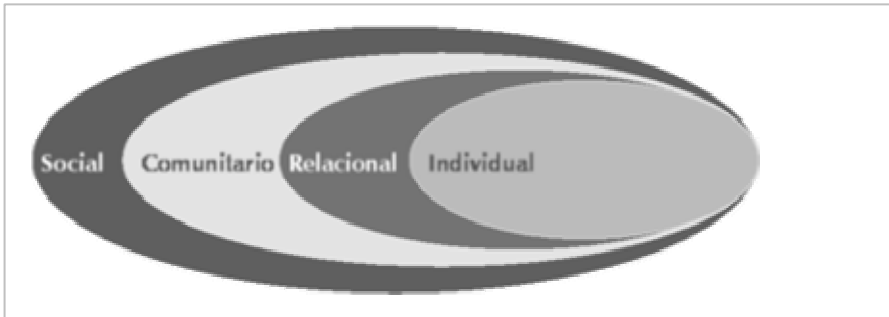
Violencia: teorías, conceptos y tipos

El cuarto nivel abarca los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, que contribuyen a crear un clima en el que se alentará o inhibirá la violencia: la posibilidad de conseguir armas, normas culturales que reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, etc.

El modelo ecológico muestra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los factores de los demás niveles. Un ejemplo de ello es que un individuo de personalidad agresiva (factor individual), tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia (factor relacional) o una comunidad que acostumbra (factor social) a resolver conflictos mediante la violencia (ver gráfico 7):

Gráfico 7.

Modelo ecológico para entender la violencia



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Violencia y Salud, 2002.

Se ha optado por este modelo conceptual, por considerarlo el más adecuado para estudiar cómo se aprende la conducta violenta. Este enfoque arroja elementos importantes a tener en cuenta para el análisis de la violencia, destacando los siguientes:

1. Permite abordar la violencia desde una perspectiva *interaccional*. Esto es, tiene en cuenta la interacción como el punto de análisis para abordar una problemática social.
2. Conlleva implícita una concepción activa del sujeto frente al mundo que le rodea. Para Bronfenbrenner las personas son seres activos: “una entidad creciente, dinámica, que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en el que vive” (Bronfenbrenner, 1987:41).
3. Enfatiza el análisis del *contexto* como el aspecto que le otorga comprensión a las prácticas de los sujetos. Desde este enfoque, el contexto es el “ambiente”

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

donde las relaciones entre sus componentes no se dan de manera lineal, sino compleja.

4. Considera que una problemática está inmersa en un *sistema*, en la que el movimiento de un aspecto afecta necesariamente al resto de aspectos de ese sistema. Esta idea se centra en el concepto de *reciprocidad*, que alude a la interdependencia de las partes de un todo, y que provoca el dinamismo del sistema
5. Permite reconocer que los sujetos atraviesan por *diferencias* importantes a partir de las diferentes etapas de su vida. En este sentido, posibilita prestar atención a las características específicas de la violencia en, por ejemplo, la juventud, que pueden ser diferentes a la violencia en la edad adulta.

2.3. Algunas definiciones sobre violencia

El concepto de violencia ha sido definido de diferentes formas con notables divergencias según disciplinas, presupuestos teóricos, objetivos de investigación, etc. Uno de los puntos de mayor desacuerdo radica en la opción por una definición extensa o restringida de violencia.

Existen definiciones muy restringidas y que dan mayor importancia al daño físico. Por ejemplo, Berkowitz (1993:11) define la violencia como una forma extrema de agresión “un intento premeditado de causar un daño físico grave”, y Rojas Marcos (1995:11) la define como “uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte”. Con estas definiciones se excluyen las manifestaciones violentas de carácter no estrictamente físico, pero cuya gravedad es frecuentemente destacada por las propias víctimas, como es el caso de la violencia psicológica.

Una debilidad de este planteamiento es el alejamiento de la realidad vivida por los protagonistas al emplear un concepto excesivamente restringido de violencia. Otro problema que se aprecia es la excesiva atención a actos aislados de violencia, sin considerar su posible reiteración en el tiempo y su complementariedad con otros comportamientos.

Por ello, además de atender a otras formas de violencia no físicas y de analizar los actos de violencia aislados desde una perspectiva contextual, se ha recurrido en esta investigación a toda una serie de definiciones más amplias de violencia, como la realizada por la OMS (2003): “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones,

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". En esta definición, se incluye tanto el daño físico como el psicológico.

En esta misma línea, pero con una conceptualización mucho más amplia se encuentra la realizada por Galtung (1985: 31), para quien "la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales". La definición de violencia indicada tiene la virtud de abarcar un conjunto amplio de fenómenos en que las personas son (o se ven) imposibilitadas de realizarse en los diferentes planos del desarrollo de su individualidad por causas visibles (violencia directa) o menos visibles (violencia estructural y violencia cultural), de modo que "cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia". Hay que aclarar que para Galtung el nivel potencial de realización es aquello que es posible con un nivel dado de conocimientos y recursos.

Este mismo autor distingue tres formas de violencia:

- La *violencia directa* es aquella violencia, física y /o verbal, visible en forma de conductas. Se trata de la violencia más evidente (Galtung, 1990). Pero al hablar de violencia directa no se hace referencia tan sólo a actos de violencia entre dos personas, sino que la gama de posibles agentes y destinatarios de la violencia es mucho más amplia. La violencia directa correspondería a lo que normalmente asociamos con actos violentos: una persona golpeando a otra, una guerra, el abuso verbal, etc.
- La *violencia estructural* que consiste en "la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales" (Galtung, 1998: 15). Así, la violencia estructural hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación⁷.
- La *violencia cultural* que puede entenderse desde dos puntos de vista. Por un lado, con este término se hace referencia al ataque contra los rasgos culturales y la identidad colectiva de una comunidad. Por otra parte, también es violencia cultural todas aquellas justificaciones que permiten y fomentan las distintas formas de violencia directa y estructural. Una cultura puede ver la explotación y/o la represión como normales y naturales.

⁷ Por ejemplo, para Galtung (1998) una persona que haya muerto de una enfermedad cuando aún no se ha descubierto la forma de curar esta enfermedad, no se consideraría víctima de la violencia. Otra cosa es que esos conocimientos y recursos estén mal distribuidos: si el conocimiento o los recursos están monopolizados por un grupo o una clase, en ese caso existe violencia estructural.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Existe una estrecha interrelación entre estas tres formas de violencia, pues la violencia puede empezar de una forma determinada y fácilmente transmitirse a otra. Por esta razón, Galtung (1990) afirma que los intentos de actuar contra la violencia deberían afrontar el trabajo sobre los tres ángulos del triángulo a un mismo tiempo. En la cúspide de este triángulo se sitúa la violencia directa, real, ejercida, relacionada proporcionalmente con los otros vértices (base) más ocultos o menos visibles constituidos por la violencia cultural y la violencia estructural.

Hay que diferenciar entre términos muy relacionados y que frecuentemente se utilizan indistintamente: violencia, agresividad y agresión. La *agresividad* es una disposición del individuo (una capacidad que todas las personas tienen), y como tal está latente por lo que puede o no ponerse en acción. De hecho, José Sanmartín (2002) define la *violencia* como *agresividad descontrolada e intencional*, entendiendo como *agresividad* la base biológica de esta violencia. Por otro lado, el término *agresión* se utiliza para designar el acto en sí, la conducta externamente observable. La agresión tiene muchos significados y se puede ser agresivo tanto de forma activa (por ejemplo, amenazando, insultando, pegando o matando), como de forma pasiva (por ejemplo, realizando las siguientes conductas de forma intencional: ignorar, negar una ayuda, impedir el acceso a determinados recursos, excluir,...). Es decir, no se puede aislar fácilmente la agresión y su motivación de las otras formas de comportamiento.

Teniendo en cuenta todos los planteamientos anteriores, se puede comprobar que hasta el momento actual no hay un acuerdo generalizado entre los investigadores respecto a los términos agresión, conducta agresiva y violencia. A esto hay que añadir que en la investigación científica sobre el comportamiento agresivo humano, es frecuente que se haga referencia a él tanto con el término de agresión como con el de violencia. Por lo tanto, para evitar posibles confusiones, en esta investigación se utilizará el término Violencia en la mayoría de los casos, entendiendo por ésta: cualquier acción intencionada que produce daño físico o psicológico en otra/s persona/s, o que representa un grave riesgo y que puede ocurrir en todo tipo de contextos y relaciones.

2.4. Tipos de violencia

Prestando atención a los rasgos comunes y las relaciones entre los distintos tipos de violencia, el Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: (1) *violencia dirigida contra uno mismo*, incluye desde el suicidio a las auto mutilaciones; (2) la *violencia colectiva*, se identifica con la violencia ejercida por miembros de un grupo contra miembros de otro grupo, incluyendo genocidios, terrorismo, guerras, etc.; y (3) la *violencia interpersonal* que se divide

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

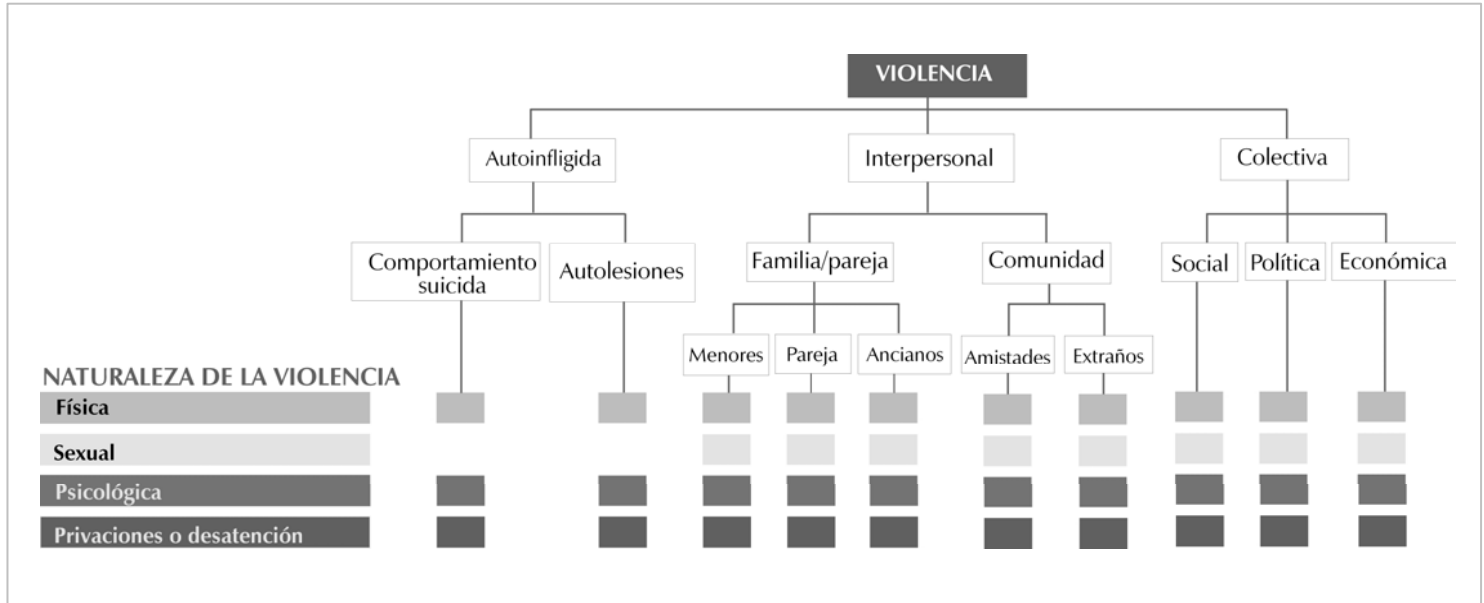
en dos grandes grupos: la *familiar* que suele ocurrir dentro del hogar, y la *comunitaria* que se da fuera del hogar con amigos o extraños (ver gráfico 8).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Gráfico 8.

Clasificación de la violencia



Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud OMS, 2002.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

2.4.1. Violencia autoinflingida

Como se puede observar en el gráfico 8, la violencia autoinflingida o violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas⁸ y las autolesiones, como la automutilación.

Durante el año 2000 aproximadamente 815.000 personas se suicidaron en el mundo, convirtiéndose así en la decimotercera causa de muerte. Europa Oriental es el lugar del mundo donde más suicidios se comenten y América Latina donde menos. Existen diferencias de género, siendo mayor la proporción de suicidios entre hombres que entre mujeres y también se observan diferencias en los rangos de edad, pues las tasas de suicidio son más elevadas entre personas mayores, aunque en números absolutos son más los casos registrados de suicidios entre personas de menos de 45 años que de más de 45 años (OMS, 2003). En el caso concreto de España, el número de suicidios durante el año 2005 fue de 1.909 (Instituto Nacional de Estadística, 2007), de esta cifra y siguiendo la dinámica mundial, 1.419 eran hombres y 490 mujeres.

La pobreza, el desempleo, los duelos por pérdidas de seres queridos, las discusiones familiares o con amistades, problemas legales..., son factores que pueden llevar a una persona al suicidio, aunque debe existir una predisposición o propensión a cometer este acto (Platt, 1984; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999). Los factores de riesgo que predisponen a este tipo de violencia son entre otros el abuso de drogas, haber sufrido abusos físicos o sexuales durante la infancia, y el aislamiento social (Murphy & Wetzel 1990; Draper, 1996). En este punto es importante resaltar para el objeto de estudio que se presenta en esta investigación, la relación existente entre el abuso de drogas y las conductas violentas.

También la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la ansiedad y otros trastornos mentales están relacionados con las conductas suicidas (Harris & Barraclough, 1997). Destaca la función que desempeña la depresión en el suicidio pues se estima que interviene en aproximadamente en el 65-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (OMS, 2003). Muy relacionado con los estados depresivos está la desesperanza, sentimiento que aumenta el riesgo de suicidio (Beck, 1985). El haber intentado suicidarse con anterioridad, también aumenta la probabilidad de que se vuelva a intentar con éxito, aunque la mayoría de los que mueren por suicidio no lo habían intentado previamente.

⁸ El acto suicida consiste en la decisión personal de poner fin a la propia vida y evadir toda posibilidad de que alguien lo impida.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

2.4.2. Violencia colectiva

Este tipo de violencia hace referencia a la violencia entre individuos que pertenecen a diferentes grupos, partidos, sectores poblacionales, etc. Normalmente, los objetivos de este tipo de violencia son lograr fines políticos, económicos o sociales. La violencia colectiva puede ir desde conflictos armados, genocidios, violaciones de los derechos humanos y terrorismo hasta el crimen organizado.

Millones de personas han muerto y siguen muriendo como consecuencia de los conflictos armados, también existen personas que viven con discapacidades de por vida debido a estos conflictos. En ocasiones, las violaciones han sido utilizadas como armas en muchos conflictos, de hecho, es práctica habitual violar a las esposas, hijas, madres y hermanas de los enemigos (Ashford & Huet-Vaughn, 1997). Otro tipo de consecuencias son las grandes dificultades debidas a la destrucción de las infraestructuras, que perjudican gravemente los comercios y actividades empresariales pues se destinan presupuestos al ejército en detrimento de la producción de servicios fundamentales (Brauer & Gissy, 1997), así el hambre se convierte en una de las consecuencias más graves siendo responsable de millones de muertes. También aparecen una gran cantidad de problemas psíquicos y comportamentales, como depresiones, trastornos por ansiedad, consumos abusivos, trastornos por estrés postraumático, etc. (OMS, 2003).

Es difícil encontrar una explicación a estos conflictos violentos, pero la *Carnegie Comisión on Preventing Deadly Conflict* (1997) ha identificado varios factores de riesgo que pueden provocar guerras, genocidios y todo tipo de enfrentamientos colectivos. Entre ellos se encuentran: la *ausencia de procesos democráticos* y el acceso desigual al poder (el riesgo es mayor cuando este poder pertenece a una etnia o religión concretas); las *desigualdades sociales*, cuando estas diferencias se hacen más evidentes, existe un mayor riesgo de conflicto; el *control de recursos naturales valiosos*, un ejemplo de ello son las luchas existentes por el control de los diamantes en África Central, de la madera y las piedras preciosas en Camboya, y de las drogas en Afganistán, y Colombia; y por último, los *cambios demográficos rápidos*, pues pueden desbordar la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo.

2.4.3. Violencia interpersonal

Siguiendo la clasificación realizada por la OMS (2002), dentro de la violencia interpersonal se sitúa la violencia comunitaria y la familiar.

La *violencia comunitaria* distingue, a su vez, entre violencia del entorno de amistades y de extraños. Esta violencia hace referencia a la violencia juvenil, a

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

las violaciones y agresiones sexuales por parte de conocidos y extraños, y a la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

La violencia familiar se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente contra los miembros más vulnerables que integran la misma. Esta definición engloba todas las modalidades de maltrato susceptibles de presentarse entre todos los integrantes de la unidad familiar, contemplando, por tanto, la violencia entre los miembros de la pareja, el maltrato infantil y el maltrato a ancianos. En esta investigación se entiende como *violencia familiar*, aquella violencia en la que agresores y víctimas mantienen cualquier tipo de relación de parentesco o relación sentimental con o sin convivencia, pero donde las víctimas sienten a sus agresores como miembros de su intimidad.

Violencia contra menores

La violencia contra menores incluye la violencia de tipo físico, psicológico o sexual, además del abandono y la negligencia, y normalmente la ejercen los padres biológicos o adoptivos, custodios u otros familiares. La consecuencia más grave de este maltrato infantil es la muerte⁹, no obstante, los niños que sufren maltrato presentan una mayor gama de problemas de conducta y de desajustes sociales que los niños sin maltrato (por ejemplo, internamiento en el sistema de protección, fracaso escolar, inadaptación social, delincuencia, drogadicción, agresividad verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo, etc.), y tienen más probabilidades de convertirse en personas adultas maltratadoras. Aunque es cierto que muchos niños que han sido abusados no se han convertido en adultos violentos, también lo es, que una considerable proporción de delincuentes, especialmente los más violentos, han sido gravemente maltratados. En la medida que se experimenta la violencia como parte de la socialización familiar, el riesgo de convertirse en una futura persona con conducta violenta o antisocial se incrementa (López, 2006).

Se calcula que entre un 20% de las mujeres y un 5-10% de los hombres han sufrido maltratos durante la infancia (Finkelhor, 1994). Existen diferencias de género según el tipo de maltrato: generalmente, los niños sufren con mayor frecuencia el abuso de tipo físico, en cambio las niñas tienen más probabilidades de sufrir abusos sexuales o ser obligadas a prostituirse –incluso en algunas culturas son abandonadas o víctimas de infanticidio- (Naciones Unidas para la Infancia, 2000).

⁹ Normalmente, las causas que provocan la muerte de un niño como fruto de la violencia física son los traumatismos craneales, abdominales y la asfixia intencionada (Alexander, Levitt & Smith, 2001; Kirschner & Wilson, 2001).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

El abuso sexual contra los niños es otra forma de violencia que se da cuando un adulto utiliza a un niño, mediante engaño o violencia física, para su autogratificación sexual o beneficio económico. Este tipo de violencia es muy grave pues implica violencia física y psicológica, y el daño en el niño es más severo. Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison (1994) encontraron que el niño víctima de abusos sexuales se ve afectado en su desarrollo y puede experimentar en su vida adulta un declive del status socioeconómico y propensión a tener problemas sexuales graves y de pareja.

La violencia psicológica en los menores puede ir desde la amenaza, la ridiculización, el engaño y la intimidación, hasta la explotación o chantaje emocional. Normalmente se ejerce verbalmente, pero también puede manifestarse a través de gestos y otros indicadores no verbales. En todo caso, el fin siempre es herir y lastimar la integridad personal de la víctima. Los padres maltratadores suelen insultar, ridiculizar y denigrar al niño como parte del abuso psicológico.

El maltrato infantil es mayor en hogares de un solo progenitor y con poco apoyo de la familia extensa (Zununegui, Morales & Martínez, 1997), además vivir en condiciones de hacinamiento o la existencia de violencia entre los padres son factores de riesgo para el desarrollo de la violencia infantil (Youssef, Attia & Kamel, 1998).

En diferentes investigaciones se ha observado que son las mujeres las que más a menudo recurren al castigo físico con sus hijos. Una posible explicación es que son ellas las que pasan mayor tiempo con los niños (Vargas et al., 1995; Straus, Hamby, Finkehor, Moore & Runyan, 1998), pero cuando estos abusos físicos son de consideración y las lesiones son graves o mortales, suelen haber sido perpetrados por un hombre (Klevens, Bayón & Sierra, 2000).

Violencia contra ancianos

La definición de maltrato en personas mayores, hace referencia a cualquier acción voluntaria (no accidental) que produce daño o puede dañar a una persona mayor, o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos (Iborra, 2005).

Una idea que se extiende cada más es la convicción de que el maltrato a los ancianos perpetrado por sus parientes y/o cuidadores es un problema social muy grave. Además, es probable que vaya en aumento, porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente (OMS, 2002).

Existen pocos estudios realizados sobre el maltrato a personas mayores, pero según diferentes autores que han trabajado en el tema, de un 4% a un 6%

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

de las personas mayores ha sufrido alguna forma de maltrato por parte de miembros de la familia (Pillemer & Finkelhor, 1988; Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington & Frizzel, 1989; Kurrle, Sadler & Cameron, 1992; Ogg & Bennet, 1992). Estos porcentajes podrían ser más elevados en el caso de las residencias de ancianos.

El tener malas relaciones familiares y que el cuidador dependa económicamente del anciano, aumentan el riesgo de que los ancianos sean víctimas de violencia (Homer & Gilleard, 1990; Keikelame & Ferreira, 2000).

La definición de persona mayor, en la sociedad occidental, engloba a las personas con 65 o más años de edad. Iborra (2005) establece 5 categorías dentro del maltrato en ancianos. El *maltrato físico*, se trata de toda acción voluntaria que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas e incluso la muerte en la persona mayor. El *maltrato emocional* es toda acción, normalmente verbal, que provoque o pueda provocar daño psicológico, esto se refiere a insultos, humillaciones, intimidaciones y/o aislamiento (como consecuencias habituales de este maltrato aparecen trastornos de ansiedad y depresión, entre otros). El *abuso sexual* es cualquier contacto sexual no deseado en el que la persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual (las consecuencias van desde marcas físicas a enfermedades de transmisión sexual y, por supuesto, todas las secuelas de tipo psicológico). El *abuso económico* consiste en el uso ilegal o sin autorización de las propiedades o recursos económicos de la persona mayor, a través de falsificaciones, coacciones o apropiaciones indebidas (las principales consecuencias son la falta de solvencia y, en general, el deterioro del nivel de vida). Por último, la *negligencia*, hace referencia al abandono de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor, y esto incluye la desatención de las necesidades básicas, alimentación, higiene, asistencia sanitaria, etcétera (las consecuencias más habituales son la malnutrición, deshidratación, y falta de higiene).

Violencia de Pareja, Violencia de Género y Violencia contra la Mujer

La razón por la que una importante parte de la literatura se ha centrado en la relación de la violencia del hombre contra la mujer, es porque supone un importante problema social y las investigaciones muestran que las mujeres, con significativa frecuencia, son las víctimas de la violencia dentro de la pareja (Follingstad, Wright, Lloyd & Sebastian, 1991; Tontodonato & Crew, 1992; Browne, 1993). El Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003), revela que una de cada tres mujeres en el mundo ha sido víctima de violencia doméstica, lo cual da una idea clara de la envergadura de este problema.

La *violencia de pareja* hace referencia a aquellas agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales, que se producen de forma habitual dentro del ámbito

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

privado, siendo el agresor normalmente un hombre¹⁰. Echeburúa y Corral (1998) entienden que la violencia entre los cónyuges consiste en agresiones físicas, sexuales y de otra índole, que ocurre de forma reiterada y que suele tener consecuencias de tipo físico y/o psíquico, además de vulnerar la libertad de la otra persona, que normalmente es una mujer.

Por otro lado, la *violencia de género*, según la Asamblea General de las Naciones Unidas, incluye: “Todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer adolescente y adulta, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Naciones Unidas, 1993). Esta violencia, abarca, sin carácter limitante, “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica a nivel de comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada por el Estado, donde quiera que ocurra” (Naciones Unidas, 1993). Todavía no hay un acuerdo tácito en la terminología relativa a este tipo de violencia, encontrando términos como “violencia de género” o “violencia doméstica”. El hecho de que sea utilizada indistintamente, muchas veces da lugar a confusión.

La violencia de género, puede tener lugar tanto dentro como al margen de las relaciones familiares. Se debe tener en cuenta que no todas las formas de violencia intrafamiliar encuentran su explicación en las diferencias, relaciones e identidades de género; es decir, no toda la violencia intrafamiliar es violencia de género, aunque es importante señalar que el mayor riesgo de sufrir violencia procede de la pareja íntima o de algún familiar (Butchart & Brown, 1991; Koss et al., 1994; Tjaden & Thoennes, 1998).

Otro concepto muy relacionado con la violencia en la pareja y la violencia de género, es la *violencia contra las mujeres*. Esta violencia hace referencia a “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (ONU, 1994). Según la Declaración de las

¹⁰ De acuerdo con el Código Penal actual suele ser el marido o exmarido, el compañero o excompañero (es decir, los que conviven o han vivido sin haber contraído matrimonio), o el novio o exnovio.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Naciones Unidas en Beijing: “la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y las mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por parte del hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital proviene especialmente de pautas culturales, concretamente de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión, que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad” (ONU, 1995).

Como se ha comentado, la violencia dentro de la pareja podría incluir diversos tipos de violencia como la de tipo económico, sexual y psicológico. Según define Corsi (1998:28) dentro de la violencia *económica*: “las modalidades más habituales incluyen, excluir a la mujer de la toma de decisiones financieras, controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, y ocultarle información acerca de sus ingresos”. La violencia económica puede aparecer en parejas en las que no hay violencia física, siendo más habitual cuando se produce una crisis en la pareja o la ruptura definitiva que lleva a la separación o divorcio. Como consecuencia de este tipo de violencia, la mujer se ve privada de cubrir sus necesidades personales y, en muchas ocasiones, las de sus hijos. También el prohibir que la mujer trabaje fuera del hogar podría considerarse violencia económica.

La *violencia sexual* comprende gran diversidad de actos, pero en esta investigación el interés se centra en la violencia sexual dentro del contexto de la relación de pareja, es decir, no se hará mención a las violaciones por parte de extraños, o las de hombres y niños. La violencia sexual tiene profundas consecuencias físicas y psicológicas en la mujer, y se asocia a un mayor riesgo de padecer problemas sexuales y reproductivos (Letourneau, Colmes & Chasendunn-Roark, 1999). Asimismo, en el ámbito psicológico las repercusiones son sumamente graves.

Entre los factores de riesgo que pueden llevar a un hombre a perpetrar una violación sexual, están: el hecho de haber presenciado violencia familiar durante la infancia y no haber recibido suficientes muestras de cariño y atención por parte de su entorno familiar más cercano (Crowell & Burgess, 1996; Ouimette & Riggs, 1998); las creencias culturales acerca de los derechos del varón sobre la mujer (Smutt & Miranda, 1998; Bennett, Manderson & Atsbury, 2000); las preferencias sexuales impersonales, como fantasías de tipo coactivo; y cierta hostilidad hacia las mujeres (Dean & Malamuth, 1997; Ouimette & Riggs, 1998).

La *violencia psicológica* consiste en mantener una hostilidad verbal y no verbal reiterada, que perjudica directa o indirectamente la estabilidad emocional

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

de la víctima. Según Echeburúa y Corral (1998) este tipo de maltrato se manifiesta a través de reproches, insultos y amenazas; desprecio de las opiniones, tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e indiferencia, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y de los estados de ánimo de la mujer. El terror psíquico hace que la víctima se mantenga en un estado de angustia y desequilibrio constante, pudiendo generar trastornos como depresión, ansiedad, etc.

Una vez conceptualizado este tipo de violencia, es conveniente resaltar algunas de las consecuencias que produce. La violencia de la pareja tiene múltiples secuelas sobre la mujer, la OMS (2003) distingue entre consecuencias de tipo físico, sexual, psicológico y, por último, consecuencias mortales (ver cuadro 7).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Cuadro 7. Consecuencias de la violencia de pareja

Consecuencias físicas sobre la salud de la violencia en la Pareja

- Lesiones abdominales y torácicas
- Moretones e hinchazón
- Síndromes de dolor crónico
- Discapacidad
- Fibromialgia
- Fracturas
- Trastornos del aparato digestivo
- Síndrome del colon irritable
- Desgarros y abrasiones
- Lesiones oculares
- Mengua de las funciones físicas

Sexuales y reproductivas

- Trastornos del aparato genital
- Esterilidad
- Enfermedad inflamatoria de la pelvis
- Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo
- Disfunción sexual
- Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA
- Aborto practicado en condiciones peligrosas
- Embarazo no deseado

Psíquicas y del comportamiento

- Abuso de alcohol y otras drogas
- Depresión y ansiedad
- Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
- Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
- Fobias y trastorno por pánico
- Inactividad física
- Poca autoestima
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos psicósomáticos
- Hábito de fumar
- Comportamiento suicida y daño autoinfligido
- Comportamiento sexual de riesgo

Consecuencias mortales

- Mortalidad relacionada con el SIDA
- Mortalidad materna
- Homicidio
- Suicidio

Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003, OMS.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

2.5. ¿Por qué la violencia contra la mujer?

Desde hace años existen estudios que presentan diversas aproximaciones a las causas de la violencia contra la mujer. El Informe mundial sobre la violencia y la salud realizado por la OMS (2003) expone una serie de factores asociados con el riesgo de que el hombre maltrate a su pareja (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

<p>Factores individuales</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Edad joven▪ Beber en exceso▪ Depresión▪ Trastornos de la personalidad▪ Poca instrucción▪ Ingresos bajos▪ Haber presenciado o sufrido violencia durante la infancia▪ <p>Factores de la relación</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dominio masculino en la familia▪ Presiones económicas▪ Mal funcionamiento familiar▪ Conflicto e inestabilidad en el matrimonio▪ <p>Factores comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica▪ Pobreza▪ Poco capital Social <p>Factores sociales</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Normas tradicionales de género▪ Normas sociales que apoyan la violencia

Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud (2003).

También se debe tener presente los factores que aumentan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia. Según Echeburúa y Corral (1998) estas mujeres se podrían caracterizar, en general, por tener un nivel cultural bajo, tener pocas o ninguna actividad fuera de las tareas domésticas, realizar trabajos poco cualificados, depender económicamente de los maridos, tener escaso apoyo social, tener hijos menores y, en muchas ocasiones, vivir en hogares hacinados. Echeburúa y Fernández (1997) consideran que las víctimas de violencia de género tienen diferentes razones en común que les llevan a tolerar esta situación (ver cuadro 9).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Cuadro 9. Razones de las mujeres para tolerar la violencia de género

Razones económicas

- Dependencia del marido

Razones sociales

- Preocupación por la opinión de los demás
- Aislamiento
- Falta de apoyo institucional

Razones familiares

- Protección de los hijos

Razones psicológicas

- Minimización del problema como resultado de una cierta habituación a la situación de tensión
- Miedo, indefensión
- Resistencia a reconocer el fracaso de la relación
- Temor al futuro en soledad

Fuente: Echeburúa y Fernández (1997).

2.5.1. Ciclo de la violencia conyugal

Ya se han descrito algunos de los factores de riesgo para que el hombre sea un maltratador y otros factores que pueden influir en que la mujer “tolere” este maltrato. En este punto, y para comprender mejor la interacción violenta entre un hombre maltratador y una mujer maltratada, resulta útil la teoría clásica del *Ciclo de la Violencia conyugal* propuesto por Leonore Walker (1979). Según esta teoría, el ciclo de la violencia se divide en tres fases que varían tanto en duración como en intensidad para una misma pareja y entre distintas parejas:

- 1) Fase de acumulación de tensión.
- 2) Fase de explosión de violencia, o fase aguda.
- 3) Fase de arrepentimiento o "luna de miel".

Las características de cada una de estas fases:

- 1) *Fase de acumulación de tensión*. En esta etapa se produce una acumulación de diferentes incidentes que van aumentando la hostilidad en la pareja. La mujer intenta evitar la discusión, minimiza los incidentes conflictivos entre la pareja, atribuye a factores externos los motivos por los que su pareja está violenta (estrés laboral, social, etc.) y esto le

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

conduce a la idea de que ella no puede hacer nada para cambiar la situación.

Con el tiempo, la tensión entre la pareja aumenta y también la frecuencia de los incidentes violentos físicos y psíquicos. En la mujer, de forma progresiva, va aumentando la rabia y poco a poco, disminuye el control sobre sí misma y la situación. Muchas parejas permanecen en esta primera etapa durante largos períodos de tiempo, pero pese al deseo individual o compartido de evitar la fase aguda, cualquier circunstancia o evento externo puede romper el delicado equilibrio.

2) Fase de explosión *de la violencia*. Este es el momento en que finaliza la acumulación de tensiones y el proceso ya no responde a ningún control. El hombre acepta que su rabia no tiene límite y la mujer también. Durante esta fase se produce la agresión psíquica y/o física sin límites.

La información que se tiene de esta segunda fase es la proporcionada por las mujeres, ya que generalmente, aunque esto está cambiando por los programas que se llevan a cabo actualmente con los agresores, no se cuenta con los testimonios de los hombres maltratadores.

Finalizada esta fase, se produce una situación de calma, de shock, negación e incredulidad de que el episodio haya realmente sucedido.

3) Fase de *arrepentimiento o luna de miel*. Esta fase se caracteriza por el arrepentimiento y demostración de afecto del agresor, el cual manifestando actitud de arrepentimiento, intenta volver a recuperar la confianza y el amor de su compañera.

El fin de la segunda fase y la entrada en la tercera es algo muy deseado por ambos miembros de la pareja. El hombre se disculpa por el comportamiento agresivo manifestado, expresando su arrepentimiento y su deseo de cambiar de actitud, así como la promesa de no volver a repetirlo en el futuro. La esperanza y el deseo de la mujer de que realmente sea cierto lo que promete su pareja, hace que perdone lo ocurrido y prosiga con la relación. Sin embargo, durante el tiempo que dura la relación de pareja estos episodios se repiten, preservando cada vez un período más corto entre ellos y generalmente con un aumento a lo largo del tiempo en intensidad.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

2.5.2. Situación actual de la violencia de género

Los datos ofrecidos por el Ministerio del Interior a nivel nacional revelan un incremento en las cifras correspondientes a los malos tratos a escala nacional en los últimos años: en el año 2001 se contabilizó un total de 32.116 delitos y faltas¹¹, subiendo esta cifra a 78.256 delitos y faltas durante el año 2005 (ver tabla 3).

La proporción de malos tratos a las mujeres en la Comunidad Valenciana es significativamente alta respecto a otras comunidades, siendo 10.678 los delitos y faltas contabilizados durante el año 2005. Tan sólo dos comunidades sumaron una cifra más elevada: la Comunidad de Andalucía, que contabilizó un total de 18.534 delitos y faltas en el año 2005, y la Comunidad de Madrid con 11.325.

¹¹ Por delitos y faltas se entienden todos aquellos delitos y faltas de lesiones, malos tratos en el ámbito familiar, trato degradante e injurias, homicidio, inducción al suicidio, detención ilegal, secuestro, amenazas, coacciones, allanamiento de morada, agresión sexual con penetración, abuso sexual, corrupción de menores e incapaces, coacción a la prostitución, calumnias, malos tratos sin lesión, apoderamiento de un menor contra resolución judicial, mutilación genital, sustracción de menores, torturas (este criterio se eliminó en el año 2005) (Ministerio del Interior, 2005).

Capítulo 2.
Violencia: teorías, conceptos y tipos

Tabla 3. Mujeres víctimas de malos tratos dentro del ámbito familiar

COMUNIDAD Provincia	2001			2002			2003			2004			2005		
	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total
ANDALUCÍA	1.281	5.674	6.955	2.608	9.059	11.667	3.871	9.778	13.649	10.325	6.291	16.616	13.423	5.111	18.534
Almería	154	553	707	300	940	1.240	432	890	1.322	1.029	555	1.584	1.377	408	1.785
Cádiz	183	934	1.117	454	1.386	1.840	747	1.562	2.309	1.803	932	2.735	2.203	760	2.963
Córdoba	42	495	537	90	860	950	197	992	1.189	853	617	1.470	1.201	456	1.657
Granada	184	608	792	336	1.063	1.399	424	1.284	1.708	1.152	766	1.918	1.494	668	2.162
Huelva	62	343	405	130	612	742	168	672	840	569	531	1.100	751	397	1.148
Jaén	64	393	457	124	562	686	226	639	865	638	320	958	756	257	1.013
Málaga	253	707	960	573	1.254	1.827	820	1.388	2.208	2.448	882	3.330	2.843	732	3.575
Sevilla	339	1.641	1.980	601	2.382	2.983	857	2.351	3.208	1.833	1.688	3.521	2.798	1.433	4.231
ARAGÓN	237	340	577	463	820	1.283	490	815	1.305	1.218	359	1.577	1.552	266	1.818
Huesca	17	63	80	18	124	142	31	135	166	143	55	198	233	43	276
Teruel	13	21	34	31	38	69	35	69	104	94	72	166	112	53	165
Zaragoza	207	256	463	414	658	1.072	424	611	1.035	981	232	1.213	1.207	170	1.377
ASTURIAS	204	592	796	405	959	1.364	468	1.202	1.670	1.182	645	1.827	1.522	594	2.116
ILLES BALEARS	321	495	816	630	1.055	1.685	1.013	1.063	2.076	2.170	439	2.609	2.452	330	2.782
C.VALENCIANA	718	2.370	3.088	1.817	4.893	6.710	2.513	5.539	8.052	7.287	2.881	10.168	8.705	1.973	10.678
Alicante	352	988	1.340	704	1.693	2.397	1.000	1.920	2.920	2.884	991	3.875	3.387	751	4.138
Castellón	57	238	295	170	596	766	252	585	837	767	326	1.093	924	199	1.123
Valencia	309	1.099	1.408	943	2.604	3.547	1.261	3.034	4.295	3.636	1.564	5.200	4.394	1.023	5.417
CANARIAS	536	2.143	2.679	1.102	4.232	5.334	1.735	4.439	6.174	4.297	2.848	7.145	5.186	2.157	7.343
Las Palmas	299	945	1.244	702	2.026	2.728	1.078	2.332	3.410	2.517	1.512	4.029	3.079	1.069	4.148
Tenerife	237	1.198	1.435	400	2.026	2.426	657	2.107	2.764	1.780	1.336	3.116	2.107	1.088	3.195

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

COMUNIDAD Provincia	2001			2002			2003			2004			2005		
	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total
CANTABRIA	86	350	436	146	563	709	202	612	814	481	393	874	614	260	874
C. LA MANCHA	299	789	1.088	594	1.426	2.020	724	1.688	2.412	1.789	1.048	2.837	2.199	882	3.081
Albacete	100	152	252	244	287	531	236	309	545	413	184	597	483	102	585
Ciudad Real	40	247	287	106	371	477	179	484	663	507	290	797	615	269	884
Cuenca	23	59	82	41	164	205	52	168	220	161	85	246	201	76	277
Guadalajara	41	115	156	73	131	204	78	173	251	248	121	369	281	115	396
Toledo	95	216	311	130	473	603	179	554	733	460	368	828	619	320	939
CASTILLA LEÓN	307	1.185	1.492	591	2.168	2.759	749	2.137	2.886	1.850	1.324	3.174	2.396	892	3.288
Ávila	9	81	90	31	162	193	57	169	226	172	110	282	197	107	304
Burgos	96	165	261	191	244	435	161	300	461	294	181	475	368	86	454
León	49	208	257	90	499	589	177	513	690	377	305	682	630	158	788
Palencia	64	112	176	58	148	206	41	150	191	85	126	211	126	78	204
Salamanca	54	100	154	95	222	317	90	252	342	219	154	373	210	106	316
Segovia	1	73	74	18	159	177	38	135	173	101	65	166	156	46	202
Soria	9	40	49	27	72	99	62	46	108	83	19	102	97	27	124
Valladolid	24	340	364	63	550	613	84	472	556	407	309	716	479	250	729
Zamora	1	66	67	18	112	130	39	100	139	112	55	167	133	34	167
CATALUÑA	1.214	2.107	3.321	1.776	4.510	6.286	2.107	4.913	7.020	4.979	1.822	6.801	4.766	1.139	5.905
Barcelona	1.075	1.767	2.842	1.371	3.791	5.162	1.677	3.336	5.013	3.756	1.374	5.130	3.236	818	4.054
Girona							1		1	1		1			
Lleida	1		1					1	1	2		2			
Tarragona	138	340	478	405	719	1.124	429	856	1.285	1.220	448	1.668	1.530	321	1.851
CEUTA	101	169	270	146	186	332	140	202	342	194	152	346	269	53	322

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

COMUNIDAD Provincia	2001			2002			2003			2004			2005		
	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total	Delito	Falta	Total
EXTREMADURA	76	651	727	207	916	1.123	311	1.003	1.314	808	697	1.505	1.023	593	1.616
Badajoz	44	419	463	150	598	748	222	636	858	511	433	944	654	391	1.045
Cáceres	32	232	264	57	318	375	89	367	456	297	264	561	369	202	571
GALICIA	462	1.188	1.650	27	2.199	2.226	973	2.259	3.232	2.113	1.451	3.564	2.782	1.245	4.027
A Coruña	178	440	618	350	816	1.166	407	888	1.295	842	636	1.478	1.162	587	1.749
Lugo	45	133	178	73	203	276	103	181	284	222	97	319	289	79	368
Orense	38	133	171	56	259	315	87	267	354	200	144	344	269	100	369
Pontevedra	201	782	983	248	921	1.169	376	923	1.299	849	574	1.423	1.062	479	1.541
MADRID	839	4.764	5.603	1.791	6.538	8.329	2.295	7.325	9.620	6.786	3.995	10.781	8.945	2.380	11.325
MELILLA	17	348	365	38	316	354	44	264	308	143	152	295	216	63	279
MURCIA	495	1.289	1.784	585	2.102	2.687	998	2.066	3.064	2.152	1.005	3.157	2.582	800	3.382
NAVARRA	106	128	234	221	191	412	182	229	411	356	124	480	363	77	440
PAÍS VASCO	4	1	5	24	14	38	19	8	27	16	6	22	12	4	16
Álvava	3		3	1	6	7	6	1	7	8	2	10	5	1	6
Guipúzcoa	3		3	4	1	5	5	1	6	4	1	5	5	2	7
Vizcaya	1	1	2	19	7	26	8	6	14	4	3	7	2	1	3
LA RIOJA	20	210	230	83	252	335	118	270	388	314	98	412	367	63	430
TOTAL NACIONAL	7.323	24.793	32.116	13.954	42.399	56.353	18.952	45.092	64.044	48.410	25.730	74.140	59.374	18.882	78.256

Fuente: Ministerio del Interior, 2005.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Datos más directos sobre este tipo de violencia, son los que ofrece el Ministerio del Interior referentes a las muertes de mujeres víctimas de malos tratos por sus hijos, padres, otros parientes y, en la mayoría de los casos, por sus cónyuges o análogos. Hay que matizar que desde el año 2002, la relación de cónyuge engloba a separados/divorciados, compañero sentimental, ex-compañero sentimental, novio y ex-novio. En la tabla 4 puede observarse cómo el mayor número de mujeres muertas víctimas de malos tratos durante el 2005 por Comunidades Autónomas se dio en la de Cataluña, con 13 víctimas, Andalucía y Comunidad Valenciana con un total de 11 víctimas.

Capítulo 2.
Violencia: teorías, conceptos y tipos

Tabla 4. Mujeres muertas en el ámbito familiar

COMUNIDAD Provincia	2001					2002					2003					2004					2005				
	Cónyuge	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL
ANDALUCÍA	9	2	1	3	15	11	-	3	3	17	14	-	1	4	19	17	1	-	1	19	9	-	1	1	11
Almería			-	-		2	-	1	-	3	2	-	-	-	2	1	-	-	-	1	2	-	-	-	2
Cádiz	2		-	-	2	2	-	-	-	2	3	-	-	1	4	3	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Córdoba	1		-	-	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	4	-	-	-	4	1	-	-	-	-	1
Granada	2		-	-	2	3	-	1	2	6	1	-	-	1	2	3	-	-	-	3	1	-	-	1	2
Huelva	1		-	1	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Jaén	1	1	-	2	4	1	-	-	-	1	3	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Málaga	1	1	-	2	4	1	-	1	-	2	2	-	1	-	3	1	-	-	-	1	3	-	-	-	3
Sevilla			-	-			-	-	-		2	-	-	2	4	4	1	-	1	6	2	-	1	-	3
ARAGÓN	1		-	3	4	2	-	-	-	2	3	-	-	-	3	2	-	1	-	3	4	-	-	1	5
Huesca			-	-			-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Teruel			-	-			-	-	-		2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zaragoza	1		-	3	4	2	-	-	-	2	1	-	-	-	1	2	-	1	-	3	3	-	-	1	4
ASTURIAS	2		-		2		-	-	-		1	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
ILLES BALEARS	2		-		2	3	-	2	-	5	4	-	-	-	4	2	-	-	-	2	4	2	-	-	6
C.VALENCIANA	8	2	-	1	11	11	1	1	1	14	6	-	-	1	7	10	1	3	2	16	9	1	1	-	11
Alicante	2		-	-	2	7	1	-	-	8	1	-	-	1	2	2	-	1	-	3	6	1	-	-	7
Castellón	2		-	-	2		-	-	-		1	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

COMUNIDAD Provincia	2001					2002					2003					2004					2005				
	Cónyuge	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL
Valencia	4	2	-	1	7	4	-	1	1	6	4	-	-	-	4	8	1	2	1	12	3	-	1	-	4
CANARIAS	5		1	-	6	7	-	-	2	9	5	-	-	1	6	2	1	-	1	4	5	-	-	-	5
Las Palmas	3		-	-	3	4	-	-	1	5	2	-	-	1	3	1	-	-	1	2	4	-	-	-	4
Tenerife	2	-	1	-	3	3	-	-	1	4	3	-	-	-	3	1	1	-	-	2	1	-	-	-	1
CANTABRIA	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	1	-	-	3	-	-	-	-	-
CAST. LA MANCHA	2	-	-	-	2	-	-	1	-	1	2	-	-	-	2	4	-	-	-	4	3	1	-	-	4
Albacete	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Ciudad Real	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Cuenca	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Guadalajara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1
Toledo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1
CASTILLA LEÓN	-	1	-	-	1	3	-	-	2	5	4	-	1	-	5	2	-	-	1	3	2	-	-	-	2
Ávila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Burgos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
León	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1	2	-	-	2	1	-	-	-	-	1
Palencia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salamanca	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Segovia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Valladolid	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Capítulo 2.
Violencia: teorías, conceptos y tipos

COMUNIDAD Provincia	2001					2002					2003					2004					2005				
	Cónyuge	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL	Cónyuge [*]	Hijo/hija	Pariente	Padre/madre	TOTAL
CATALUÑA	5	2	-	2	9	7	-	1	2	10	8	-	2	-	10	5	-	2	2	9	7	1	-	5	13
Barcelona	5	2	-	2	9	6	-	1	2	9	5	-	2	-	7	3	-	1	2	6	4	1	-	4	9
Tarragona	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3	-	-	-	3	2	-	1	-	3	3	-	-	1	4
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EXTREMADURA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Badajoz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Cáceres	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GALICIA	-	3	-	1	4	2	-	1	-	3	3	2	1	1	7	2	-	-	-	2	1	1	1	-	3
A Coruña	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Lugo	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orense	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	2	-	-	2	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1
Pontevedra	-	2	-	1	3	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1
MADRID	7	2	-	1	10	4	1	-	-	5	5	2	-	2	9	6	1	-	-	7	5	-	-	-	5
MURCIA	1	-	-	-	1	-	-	3	1	4	3	-	-	-	3	4	-	-	-	4	2	2	-	-	4
NAVARRA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1
LA RIOJA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
TOTAL NACIONAL	42	12	3	11	68	52	2	12	11	77	65	4	6	9	84	61	5	6	7	79	53	8	3	7	71

Fuente: Ministerio del Interior, 2005.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Mientras persista la violencia dentro de la familia y la sociedad la tolere, muchas mujeres permanecerán en ese ambiente familiar de maltrato que puede causarles inseguridad, miedo y, en algunos casos, la muerte. La violencia contra las mujeres es un importante problema social y político de la actualidad: Es un fenómeno amplio y complejo del que sólo se conoce una parte muy reducida, abarcando múltiples y sutiles formas que las personas toleran y se van adaptando hasta límites insospechados. La violencia en la pareja está rodeada de prejuicios que condenan de antemano a las mujeres y justifican a los hombres violentos. Esta es una de las razones principales que sustentan la tolerancia social ante este tipo de actos y los sentimientos de culpa de las mujeres maltratadas.

2.6. Violencia y su relación con las drogas

La relación entre las conductas violentas y las drogas tiene una compleja historia que se remonta a las primeras décadas del siglo XX, cuando se empiezan a criminalizar las drogas con las primeras leyes penales sancionadoras en Estados Unidos. Desde la década de los años 20 a la de los años 70, 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 fallos más importantes 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). De esta manera se fue creando la imagen de los adictos a las drogas como personas inmorales, viciosas y antisociales.

A partir de los años setenta, la investigación fue entendiendo mejor el fenómeno de la violencia y las drogas. El tema llegó a constituirse en prioritario para una serie de investigadores sociales y surgieron tres hipótesis sobre esta relación (López, 2006). La primera sostenía que "la droga causa delincuencia / violencia", de tal manera que una vez envueltos en problemas de droga, muchos drogadictos delinquían por la necesidad económica de mantener su adicción (Ball, Rosen, Fluek & Nurco, 1981). Esto fue potenciando una creencia popular sumamente extendida: que el consumo abusivo de drogas es precursor de actos delictivos y violentos; la segunda de las hipótesis mantiene que "la delincuencia/violencia causa consumo de drogas", así la delincuencia generalmente precedería al consumo de drogas y una sustancial proporción de delincuentes adictos comenzaría su carrera criminal antes de iniciarse en el consumo de drogas (Dobinson & Ward, 1986); y la tercera que "no existe relación causal entre ambas conductas sino que son resultado de otros factores comunes". Esta tercera hipótesis mantenida por algunos investigadores, indica que la delincuencia y el consumo de alcohol o drogas forman parte de un estilo de vida

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

desviado originado por un complejo grupo de factores entre los que se incluyen tanto las características personales y sociales del individuo (pobreza, bajo nivel educativo, escasa vinculación con metas y valores convencionales, etc.) como las variables contextuales (Vega, 1990; Walters, 1990; Otero & Vega, 1993; Rodríguez, Paino, Herrero & González, 1997).

Al margen de estas hipótesis, una revisión de los trabajos existentes hasta 1990 realizada por un grupo de investigadores norteamericanos, llegó a la conclusión de que existe relación, aunque no se conozca la naturaleza de la misma, que sigue siendo inespecífica y controvertida. En definitiva, todavía *no se sabe qué causa qué* (Otero, 1996).

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) y, precisamente, el consumo de drogas es un factor de riesgo para que se produzcan conductas violentas en este intervalo de edad¹². De hecho, 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). Además, tal y como apuntaba el investigador norteamericano Paul J. Goldstein (1985) en su trabajo, ya clásico, *La conexión drogas/violencia: un marco conceptual tripartito*, la violencia relacionada con las drogas tiene lugar en distintas situaciones: cuando el individuo está bajo los efectos de las drogas, cuando está intentando conseguirlas o intentando conseguir dinero para comprarlas, o cuando se implica en la distribución de la misma. Este trabajo amplió el margen de comprensión frente al problema, sirviendo de referencia para una serie de estudios posteriores. Hasta la aparición del mencionado artículo, la mayor parte de la investigación se dirigía a establecer posibles vínculos entre el consumo de drogas y los delitos contra la propiedad, dándole poca importancia a su contenido violento.

Goldstein fue uno de los autores más relevantes en este tema al plantear otras alternativas. Propuso una clasificación que diferencia tres lazos causales posibles entre droga y violencia: la *psicofarmacológica*, la *económicamente compulsiva* y la *sistémica*.

¹² El consumo temprano de alcohol y drogas está relacionado con las conductas violentas. De igual forma, la presencia de conductas antisociales en la infancia facilita el abuso de alcohol y drogas en la adolescencia. Estos hechos tienen importantes implicaciones, pues los programas preventivos de las conductas adictivas pueden repercutir de forma indirecta en la prevención de la violencia. Como señalan Garrido, Stangeland y Redondo (1998), el aumento del consumo de alcohol y drogas entre la juventud ya está dando problemas notables de salud, accidentes de tráfico, y claros síntomas de deterioro social, existiendo una relación entre la conducta antisocial y el abuso de sustancias adictivas.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

El *modelo psicofarmacológico* sugiere que algunas personas como resultado de la ingestión de sustancias específicas, a corto y largo plazo, pueden convertirse en excitables y/o irracionales y pueden actuar de una forma violenta. Aquí, el autor, incorpora hechos antes ignorados como la violación, el maltrato familiar, y homicidios. Se trata de una criminalidad inducida.

El *modelo económicamente compulsivo* sugiere que algunas personas se involucran en crímenes económicos (prostitución, venta de drogas, robos...) para financiar el costoso consumo de drogas; de forma que la violencia puede resultar del contexto en el que el crimen económico se perpetra. En su mayoría son hechos que sólo se vuelven violentos dependiendo del contexto social en que se realizan (Goldstein, 1995). Se trata de una violencia funcional. Las víctimas de la violencia económico-compulsiva así como de la violencia psicofarmacológica pueden ser cualquier persona (Goldstein, 1995).

Finalmente, el *modelo sistémico*, se centra en los patrones normalmente agresivos de la interacción entre los sistemas de tráfico ilegal de drogas, el consumo y su distribución. Es decir, hace referencia a los patrones tradicionales de interacción dentro de los sistemas y redes del tráfico y distribución de drogas ilegales. Este modelo es el de mayor violencia. Se trata de una criminalidad violenta y conflictiva, generada por las redes ilegales que involucran a la industria del narcotráfico. Goldstein las describía como disputas sobre territorio entre distribuidores de drogas; asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución como medio de imponer códigos normativos; robos y represalias violentas a distribuidores de drogas; eliminación de informantes; castigo por la venta de drogas adulteradas o falsas; castigo por no pagar deudas; disputas sobre drogas o su parafernalia; y robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas (Goldstein, 1995).

Además de los modelos planteados por Goldstein, resulta conveniente mencionar dos modelos más, el de la *inducción al consumo* y el *modelo de la causa común*.

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 (Robins, 1970; White, Brick & Hansell, 1993; Farrington, 1995). Los estudios indican que entre el 3 y el 26% de los consumidores de drogas en las prisiones europeas comenzaron a consumir en la prisión, y que entre el 0,4 y el 21% de los presos que consumen droga por vía intravenosa, se inyectaron por primera vez en este lugar (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2004). 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. Asimismo, los individuos violentos

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

podrían consumir drogas para automedicarse (Khantzian, 1985), o como excusa para cometer un acto violento (Collins, 1993).

El *modelo de causa común* propone que el consumo de sustancias y la violencia no tienen un vínculo causal directo, sino causas comunes. Según Glenn D. 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. Por otro lado, la comorbilidad¹³ 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 et al., 1990). No obstante, sigue siendo difícil separar los efectos de la droga de los efectos de los trastornos psicológicos sobre la violencia. Aparte de influencias en el ámbito individual e interpersonal, el consumo de drogas y la violencia podrían compartir causas ambientales y situacionales comunes. Por ejemplo, en Estados Unidos, las tasas de delito violento son altas en los vecindarios pobres, densamente poblados, con segregación racial o étnica y con población de paso (Bursik, 1988; Sampson, Raudenbush & Earls, 1997). Estudios en Europa han encontrado, asimismo, un vínculo entre el consumo de drogas y las condiciones sociales y económicas (EMCDDA, 2004).

Ya se han expuesto diferentes corrientes para explicar la relación entre las drogas y el desarrollo de conductas violentas. Tal como se ha visto no es fácil determinar de qué forma o formas puede expresarse la relación droga-violencia: ¿Es el consumo de drogas el que propicia la actividad delictiva? ¿Es la involucración en la delincuencia la que abre oportunidades de consumir drogas? ¿O existe una recíproca interacción entre estas dos formas de desviación social?

En la presente investigación se pondrá especial atención en la relación psicofarmacológica, pues se pretende estudiar la influencia del consumo de cocaína en el desarrollo de conductas violentas. Antes de continuar, hay que insistir en que las drogas actúan sobre la biología de la agresividad no de la violencia, es decir, en el efecto de las sustancias sobre el cerebro y su efecto sobre la estructura que disparan la respuesta agresiva. El consumo de sustancias afecta el control de la agresividad normal, por lo tanto, este consumo puede predisponer a una conducta violenta.

¹³ Presencia de más de un trastorno o diagnóstico en un mismo individuo.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

2.6.1. Evidencia científica del binomio drogas - violencia

Como se comentó en el capítulo anterior, el consumo de cocaína aumenta la euforia, el estado de alerta, la agitación, el aumento de nivel de energía, la sensación de agudeza mental, la irritabilidad, el insomnio, los cambios de humor, la disminución de la capacidad de juicio, los sentimientos de grandiosidad, la autoconfianza, y las conductas impulsivas y agresivas (Kaplan & Sadock, 1999; Casas et al., 2001; Delgado y Torrecilla, 2001). También se asocia a la baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, necesidad de excitación, rebeldía y rabia (Delgado, 1994; Lesswing & Dougherty, 1994). Es decir, entre todos los efectos que puede producir, interesa destacar el desarrollo de las conductas violentas.

Aunque existen estudios que consideran que no se ha demostrado una evidencia clara de que la cocaína aumenta los impulsos agresivos (McKim, 1986), gran cantidad de iniciativas investigadoras han encontrado la confirmación de esta relación (Taylor & Chermack, 1993; Taylor & Hulsizer, 1998). Licata, Taylor, Berman y Craston (1993) observaron que personas bajo los efectos de la cocaína reaccionan más agresivamente que las personas en situación de control. Gillet, Polard, Mauduit y Allain (2001) pretendieron establecer una relación causal entre sustancias psicoactivas y el desarrollo de problemas de comportamiento. Su trabajo consistió básicamente en observar las reacciones violentas inducidas por las drogas en voluntarios sanos, donde se podía entablar una relación causa-efecto. Esta investigación obtuvo como resultado que la sustancia que más precipitaba conductas agresivas era el alcohol. También encontró una relación entre los antidepresivos y las tendencias suicidas, y confirmó los efectos desinhibidores de las benzodiacepinas. Por otro lado, indicó que el consumo crónico de cocaína inducía al "síndrome de descontrol límbico" (*limbic dyscontrol syndrome*). Por tanto, estableció una relación entre los efectos del alcohol, las benzodiacepinas, y la cocaína en el desarrollo de conductas violentas, si bien indicó que los factores individuales, sociales y psiquiátricos ejercen una influencia en la conducta, superiores a los efectos de los agentes psicotrópicos. Por último, señaló que el parámetro más importante en la desinhibición conductual inducida por las drogas es la dosis pero también lo es la vía de administración, sin olvidar, el policonsumo. La frecuente combinación de drogas y alcohol produce múltiples interacciones y se sabe muy poco sobre los efectos de esta mezcla sobre las conductas violentas de los humanos. Pennigns, Leccese y Wolff (2002) tras realizar una revisión sobre toda la literatura de los últimos años sobre la relación entre cocaína y alcohol, encontraron que la combinación de alcohol y cocaína potenciaba los pensamientos violentos y las amenazas, lo que se relaciona directamente con el aumento de conductas violentas.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

Friedman (1998) también observó cómo los efectos que producían el alcohol y otras drogas ilegales aumentaban la violencia física entre los que las consumían. Pero además de esta confirmación hizo notar la necesidad de realizar más investigaciones sobre las conductas violentas que se dan dentro del entorno familiar.

Relativamente pocos estudios han estudiado la relación entre abuso o dependencia de cocaína y la violencia dentro de la pareja. Logan, Wlaker, Staton y Leukfeld (2001) realizaron un estudio con población de hombres encarcelados y encontraron que la cocaína estaba relacionada con aquellos que mostraban mayor violencia contra sus parejas. 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. Otros datos consistentes con estos estudios muestran una relación clara entre consumo de cocaína y comportamientos violentos, siendo especialmente patente en el caso del crack (Miller, Gold & Mahler, 1990; Denison, Paredes & Booth, 1997)¹⁴.

También las dosis de consumo influyen en el desarrollo de la violencia en general. Licata et al. (1993) encontraron evidencias en su estudio de laboratorio, de que sujetos que consumían elevadas dosis de cocaína mostraban mayores niveles de violencia física que aquellos sujetos que consumieron placebo.

Otro tipo de estudios que relacionan la violencia y la cocaína son aquellos que evalúan el consumo entre las víctimas de los actos violentos, pues es común encontrar una prevalencia alta de consumo de cocaína entre las víctimas de estos actos. La proporción de resultados positivos en personas que han sido objeto de violencia, incluso que han resultado muertas, es elevada. Por ejemplo, el trabajo de Harruff, Francisco, Elkins, Phillips y Fernandez (1988) encontraron que el 17.3% de las víctimas de homicidio en la ciudad de Memphis durante el año 1986, dieron positivo para el consumo de cocaína. Hanzlick y Gowitt (1991) evaluaron los índices de consumo entre las víctimas del 81% de los homicidios cometidos en una ciudad de Georgia durante el año 1989, y detectaron esta sustancia en el 41% de los casos. También McGonigal et al. (1993) observaron en su estudio sobre muertes provocadas por armas de fuego en núcleos urbanos, que durante el año 1990 el 39% de las víctimas de estos enfrentamientos violentos

¹⁴ Como señalan algunos autores, la población reclusa presenta más altos índices de consumo de alcohol y cocaína, que la población general (Harrison & Gfroerer, 1992). Estos comportamientos adquieren una especial representatividad en la población reclusa de los establecimientos penitenciarios en España. De hecho, el aumento de población reclusa que a partir de 1989 comenzó a demandar ayuda técnica y profesionalizada para su problema de adicción, provocó que los programas de intervención con drogodependientes tomaran una especial relevancia dentro de los centros penitenciarios. De este modo, surgió el convenio de colaboración entre el Plan Nacional Sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Cortés & López, 2000).

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

había consumido cocaína antes de morir. Existen variaciones importantes entre los hallazgos de estos estudios, mientras que Peden, Spuy, Smith y Bautz (2000) encontraron que tan sólo un 2.7% de pacientes que había sufrido agresiones daba positivo para el consumo de cocaína, Zautche et al. (1998) encontraron un porcentaje mucho mayor, el 20.9% de los heridos gravemente por actos violentos dio positivo en el consumo de cocaína. Por otro lado, Harrison y Gfroerer (1992) en un estudio que realizaron con población general encontraron una clara conexión entre el consumo de drogas, concretamente el consumo de cocaína, y la probabilidad de cometer un crimen violento. También se confirmó esta relación entre población adolescente (Harrison, Ericsson, Adlaf & Freeman, 2001).

Estudios realizados con sujetos en tratamiento por consumo de drogas, como el de Chermack y Blow (2002), vieron que el 32% de los sujetos informó sobre la vivencia de algún incidente de violencia física en los 90 días previos al inicio del tratamiento, estando presente el consumo de alcohol y cocaína el día del incidente. También 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. Walton subrayó la necesidad de trabajar con diversos factores de riesgo entre los pacientes en tratamiento de drogas para reducir las conductas violentas y el consumo de sustancias tras finalizar el tratamiento.

Concluyendo, 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 criminal, raramente es suficiente por sí solo para causar y explicar el delito violento. Pero más allá de la dirección que pueda adoptar esta relación, lo cierto es que el problema de las drogas, y en concreto el consumo de alcohol y cocaína entre los jóvenes está despertando una gran alarma social y un interés creciente de los investigadores por estudiar la relación entre drogodependencia y delincuencia-violencia.

2.6.2. Consumo de cocaína, violencia y género

Existen pocos datos sobre sustancias psicoactivas como la cocaína y su relación con diferencias de género y violencia. Friedman (1998) señaló que el abuso de la cocaína como predictor de comportamientos violentos es igual de evidente en hombres que en mujeres. Por otro lado, Goldstein et al. (1991) encontraron que la cocaína influye en las conductas violentas tanto en hombres como en mujeres, pero los hombres consumidores habituales¹⁵ estaban más estrechamente asociados con actos violentos, en cambio las mujeres consumidoras habituales y las consumidoras esporádicas eran más proclives a la

¹⁵ Goldstein entendía por consumidor habitual aquel que consumía al menos tres veces por semana.

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

victimización de estos actos violentos, es decir, a ser agredidas. El análisis de los sucesos violentos indicó que el alcohol estaba relacionado en el 25% de estos sucesos, la cocaína en el 23% y la heroína en el 16%. También señaló que el alcohol se relacionaba más con la violencia de tipo psicofarmacológico, y la cocaína y heroína estaban más relacionadas con la violencia psicofarmacológica y sistémica, pero raramente aparecía una relación entre cocaína y violencia de tipo económico compulsivo. Grisso et al. (1999) en un estudio sobre agresiones a mujeres en áreas urbanas, descubrieron que los hombres que eran pareja de mujeres que habían sufrido o sufrían agresiones, tenían muchas más probabilidades de ser consumidores de cocaína que los hombres que eran pareja de mujeres pertenecientes al grupo control.

También es importante señalar la relación entre violencia experimentada en el pasado y el consumo de cocaína, pues en el caso de las mujeres es más frecuente que en el de los hombres. 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 (Ladwig & Andersen, 1989; Miller, Downs & Testa, 1993; Dunn, Ryan & Dunn, 1994; Triffleman, Marmar, Deluchi & Rondfeldt, 1995; Gil-Rivas, Fiorentine & Anglin, 1996; Moncrieff, Drummond, Candy, Checinski & Farmer, 1996; Najavits et al., 1998; Fiorentine, Pilati & Hillhouse, 1999; Ouimette, Kimerling, Shaw & Moos, 2000; Clark, Masson, Belluci, Hall & Sees, 2001; Rice et al., 2001; Greenfield 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 (Ouimette et al., 2000). También se ha relacionado con problemas psiquiátricos como depresión, ansiedad, fobias y problemas a la hora de relacionarse socialmente (Harvey, Rawson & Obert, 1994; Windle, Windle, Scheidt & Miller, 1995; Ellason, Ross, Sainon & Mayran, 1996; Gil-Rivas et al., 1996; Ouimette et al., 2000; Clark et al., 2001; Rice et al., 2001; Greenfield et al., 2002).

Falck, Wang, Carlson y Siegal (2001) realizaron un estudio con mujeres consumidoras de cocaína y observaron 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.

También Dansky, Byrne y Brady (1999) observaron que el 86% de los consumidores de cocaína que buscaba tratamiento había sufrido algún tipo de agresión al menos una vez en la vida, el 46.2% de estos sujetos había informado

Capítulo 2.

Violencia: teorías, conceptos y tipos

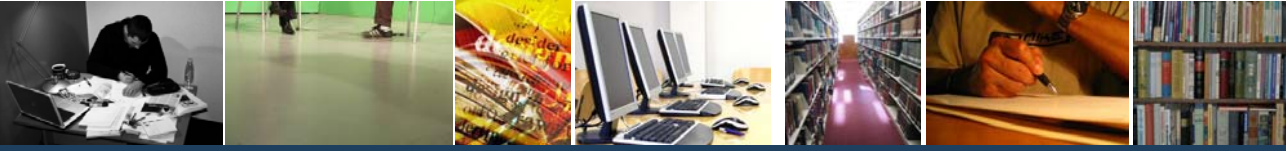
sobre agresiones físicas por parte de su pareja, y eran las mujeres las que más sufrían este tipo de violencia.

Por último, algunos autores han estudiado la relación entre haber sufrido abusos físicos y/o sexuales y los progresos en los tratamientos de drogas. En opinión de algunos autores, el hecho de haber sufrido abusos no empeoraba ni la participación, ni el progreso, ni los resultados del tratamiento (Gil-Rivas et al., 1996; Gil-Rivas, Fiorentine, Anglin & Taylor, 1997; Fiorentine et al., 1999). En cambio, en opinión de otros, se encontraron peores resultados en el tratamiento del alcoholismo de mujeres que habían sufrido abusos durante la infancia y por sus parejas en la edad adulta (Haver, 1987).

3 capítulo

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Capítulo 3. Aspectos metodológicos



CAPÍTULO 3. Aspectos metodológicos

En el área de la violencia, los datos estadísticos ofrecidos tanto a nivel nacional como internacional hacen referencia a información relativa a casos de homicidio, denuncias en las diferentes instancias policiales y datos procedentes de servicios médicos y servicios especializados en la prestación de ayuda a las víctimas. Pese a la utilidad de estos datos, hay que señalar la falta de una recogida sistemática y centralizada en casi todos los países.

Los datos procedentes de servicios médicos y servicios especializados, son de gran ayuda tanto en el área de las drogodependencias como en el de la violencia, pero hay que señalar que existe una recogida limitada de la información, y sobre todo en el área de la violencia depende en gran medida del grado de concienciación de los profesionales implicados.

Es habitual en el campo de las drogas y la violencia recoger información a partir de cuestionarios a diversos estratos poblacionales (población general, por áreas geográficas, escolares, etc.). El estudio de la violencia es más difícil que el de la drogodependencia y una pieza fundamental al evaluar la violencia son las encuestas de victimización tradicionales, es decir, encuestas que pretenden abarcar un amplio abanico de comportamientos criminales, que no están especialmente dirigidas al estudio de la violencia intrafamiliar ni tampoco de la violencia contra la mujer. Tan sólo se pueden detectar casos de violencia contra la mujer en el caso de que sean considerados delito por la propia encuestada.

Tras este tipo de encuestas surgieron las encuestas de victimización centradas en el estudio de la violencia intrafamiliar. En los Estados Unidos muchos de los estudios basados en encuestas aplicaron las *Conflict Tactics Scales (CTS-Escalas de Tácticas de Conflicto)*, diseñadas por Straus (1979). Estas escalas se

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

componen de cuestiones relacionadas con el manejo de conflictos interpersonales en el seno de las relaciones familiares. Las conclusiones derivadas de estas investigaciones han jugado un papel importante en los debates en torno al supuesto equilibrio, tanto en la posición de víctimas como de agresores, entre hombres y mujeres en el seno de las relaciones de pareja. Pero uno de los principales problemas que presenta este tipo de encuestas, es que parten de un conflicto o discusión, pese a que frecuentemente en la violencia contra la mujer no existan. Además las CTS, se centran en el estudio de actos concretos y aislados de violencia, sin evaluar los efectos físicos y emocionales, procesos y relaciones de dominación.

En las ciencias sociales existen debates en torno al uso de métodos y técnicas cuantitativas o cualitativas (Íñiguez, 1995; Ibáñez & Íñiguez, 1996). En este sentido, abundan las críticas con relación a las potencialidades y problemas que representa el análisis cuantitativo de los fenómenos sociales, en concreto sobre:

- La privacidad del objeto de estudio cuando se aplica un cuestionario para evaluar la relación entre el consumo de la cocaína y la violencia que puede estar padeciendo una mujer por parte de su compañero, o que un hombre está ejerciendo sobre su mujer, o hijos, o padres. Se está preguntando por cuestiones percibidas como muy íntimas por parte de las protagonistas y en ocasiones supone mucho más que una pregunta pues aborda temas que pueden considerarse como delicados y privados. Los sentimientos de vergüenza, el autoengaño, el miedo al que dirán, el temor por posibles consecuencias al tratar sobre estos temas, pueden llevar a ocultar o “disfrazar” esta información.
- La percepción subjetiva de los participantes. Muchos de los trabajos planteados cuantitativamente, se centran en el hecho de que los participantes del estudio reconozcan determinados comportamientos como no adecuados, no normales, denunciables, rechazables. Siendo importante concienciarse del grado de ajuste o distanciamiento entre los conceptos de adicción, violencia, maltrato, abuso, tratamiento y/o recaída que tienen los investigadores y la propia perspectiva subjetiva de los encuestados.

En definitiva, lo que se quiere resaltar en estas líneas es que han sido muchos los estudios que han basado sus objetivos en la aplicación de encuestas, siendo insuficientes para el estudio de la relación entre la violencia y el consumo de cocaína. Por este motivo, en los últimos años se han planteado líneas de investigación que pudieran abarcar los aspectos ocultos que son intrínsecos al tema objeto de estudio. La integración metodológica que combina técnicas

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

cuantitativas y cualitativas facilita la comprobación de contradicciones y la búsqueda de compatibilidades, y aporta múltiples puntos de referencia para aumentar la precisión del análisis.

Se han realizado estudios con metodología cualitativa tanto en el área de las drogodependencias como en el de la violencia a través de técnicas de investigación como las historias de vida (Gómez, 2000), entrevistas en profundidad (Lein, Jacquet, Lewis, Cole & Williams, 2001; Taylor, Magnussen & Amundson, 2001; Valderrama & Gómez, 2002; Valderrama et al., 2006), grupos de discusión (Murillo, 2000), etc. Pese a estas iniciativas, todavía son escasas las investigaciones sobre mujeres efectuadas en nuestro país que realicen una aproximación al discurso de las propias consumidoras (Gamella, 1997; Romo, 2001; Echarren, 2002; Gómez, 2005) para conocer, analizar, y concluir sobre el consumo de cocaína desde la experiencia personal. Por otra parte, tampoco se refleja con frecuencia en las investigaciones los discursos de otros actores sociales implicados en el tema, como es el caso de los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones y la violencia en general.

En cuanto al ámbito de la violencia, concretamente en la violencia contra las mujeres, se ha observado que frecuentemente el análisis de los datos cualitativos, se reduce al uso de las palabras de las mujeres a modo de testimonio. Sin aplicar un análisis con profundidad, los relatos de estas mujeres se emplean a modo de ejemplificación. Estos testimonios tienen un importante valor para facilitar la comprensión de esta violencia y sirven para concienciar sobre la gravedad de la situación, pero se desaprovechan las posibilidades que brinda el análisis cualitativo en este campo de estudio. Hay que señalar que en los últimos años se están desarrollando trabajos para realizar un uso más sistemático de las técnicas cualitativas de investigación y análisis para el estudio de diferentes formas de violencia. La investigación que aquí se presenta en un ejemplo de ello.

3.1. Justificación del estudio

Se considera que el desarrollo de comportamientos violentos puede llegar a representar, no sólo un problema relacionado con las adicciones, sino una grave problemática social en la que median variables de mayor magnitud y extensión, como el género, que necesitan ser estudiadas para poder considerarse al planificar futuras intervenciones, tanto en el campo de las drogodependencias como en el del maltrato y violencia.

Este proyecto responde a las propuestas de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, según la cual resulta fundamental potenciar la mejora de la calidad asistencial objetiva y los resultados de los programas de tratamiento estableciendo mecanismos de evaluación (punto cuarto, en concreto en el

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

apartado 4.1), al igual que fomentar la coordinación y el trabajo conjunto con las redes de salud y servicios sociales con objeto de establecer programas individualizados que utilicen todos los recursos disponibles en el ámbito autonómico y local (punto decimosegundo, en concreto en el apartado 12.1).

A través de este estudio se pretende contribuir tanto en la profundización teórica del abuso de la cocaína, como en sus aspectos más prácticos, proporcionando líneas de intervención para el abordaje de conductas violentas en personas con un diagnóstico de dependencia de cocaína desde una perspectiva de género, dada la necesidad de adaptar cualquier intervención a las necesidades y especificidades de los colectivos a los que se dirige.

3.2. Objetivos

El objetivo general de este estudio es conocer, de la manera más completa posible, el fenómeno de los comportamientos sociales violentos en dependientes de cocaína desde una perspectiva de género, en el ámbito concreto de la Comunidad Valenciana. El consumo de cocaína es un grave problema en el ámbito social y sanitario. Debido a la tendencia ascendente de este consumo, es necesario conseguir a través de la investigación social un mejor conocimiento sobre el tema del consumo de cocaína en general y, en particular, sobre la relación entre el abuso de esta sustancia y el desarrollo de determinadas conductas inadaptadas, como la violencia. Caracterizar dichas conductas y determinar el impacto social que conjuntamente presentan estos dos fenómenos en la sociedad, así como delimitar los factores de riesgo que se encuentran en su base, resulta fundamental para el avance tanto en el tratamiento de personas afectadas por esta dependencia como para la sociedad en su conjunto.

Los objetivos específicos de este estudio son:

1. Estudiar el tipo de conductas violentas derivadas directa o indirectamente de patrones de abuso a la cocaína.
2. Evaluar el peso que la variable género tiene en el desarrollo de conductas violentas en dependientes de cocaína.
3. Determinar si los programas asistenciales dirigidos a los dependientes de cocaína contemplan las conductas violentas
4. Determinar si los programas asistenciales dirigidos a los dependientes de cocaína contemplan diferencias según el género de los mismos.

3.3. Hipótesis

Las hipótesis de esta investigación son las siguientes:

Hipótesis 1. El consumo abusivo de cocaína puede llegar a generar conductas sociales violentas, y estas conductas violentas son cualitativamente distintas en los hombres y las mujeres.

Hipótesis 2. La mujer cocainómana desarrollará una conducta violenta en menor medida que el hombre cocainómano, debido a la atribución de los roles sociales en función del género.

Hipótesis 3. En parejas donde los dos miembros son cocainómanos, tienden a producirse relaciones asimétricas en las conductas sociales violentas, siendo la mujer en mayor medida que el hombre el objeto de la violencia, desarrollando un doble problema, la cocainomanía y ser víctima de comportamientos violentos.

Hipótesis 4. Los programas de atención al dependiente de cocaína, no contemplan el tratamiento específico de las conductas violentas, ni la variable género.

3.4. Planteamiento metodológico

Los sujetos no pueden ser considerados como productos hechos, con percepciones acabadas y definitivas, como si se encontraran ajenos y expectantes a los hechos sociales de su contexto. El sujeto es actor de los procesos sociales en los que está inscrito y de los que participa de muy diversas formas. Desde este enfoque, el interés se localiza en el “proceso de producción y reproducción de lo social a través del lenguaje y de la acción simbólica” (Alonso, 1998: 44). La intersubjetividad, que siempre es relacional, es entendida como el universo simbólico dinámico entre sujetos, mediante el cual se construye y reconstruye la realidad social, y a través del cual los mismos sujetos son producto y generadores de este campo de interacción. En este sentido, Alonso (1998: 50) afirma que los “patrones intersubjetivos son sistemas de métodos y rituales difusos que utilizan los miembros de la comunidad para construir permanentemente su mundo social diario desde su lugar de interacción”.

La perspectiva cualitativa, indica que este mundo simbólico no está establecido con delimitaciones rígidas, sino que es dinámico, polisémico; que no es verificable mediante procedimientos objetivos y fijos, sino que la posibilidad de acercarnos a él se produce a través de la interpretación. Por ello, el análisis que se realiza es fundamentalmente interpretativo de las diferentes formas de interacción

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

que se establecen en un espacio social concreto (Alonso, 1998). Esta interpretación no persigue reflejar o representar la “realidad” que opera en los sujetos, sino exponer una interpretación (dentro de otras posibles) de la trama de significados generados por la interacción social situada.

La estrategia cualitativa, tiene como objetivo reconstruir los significados ligados a cualquier fenómeno social, sus dimensiones subjetivas, su interrelación con diferentes cuestiones, y su inserción en la vida cotidiana de los protagonistas. Para conseguirlo, presenta diferentes técnicas de investigación que posibilitan interpretar la realidad social. Dentro de éstas se encuentran el grupo de discusión, las entrevistas focalizadas, el análisis de datos secundarios, historias de vida, etc. En esta investigación, se han elegido diferentes técnicas por la complejidad del objeto de estudio y porque se pretende que los participantes manifiesten las dinámicas sociales en las que se ven inmersos.

El interés de este estudio parte de los paradigmas que proporcionan las *teorías fenomenológicas*, en las que se enmarca la investigación cualitativa. Para éstas es esencial entender la realidad tal y como otros la experimentan. Dicho planteamiento justifica la utilización de una metodología cualitativa para poder acercarnos a descubrir la realidad social. Como ya se ha comentado, no se busca “la verdad” o “la moralidad”, sino una comprensión detallada desde el punto de vista de otras personas. El interés principal del investigador radica en ver cómo las personas crean y reflejan el mundo social que les rodea (Ruiz & Ispizua, 1989).

Así pues, el planteamiento metodológico que proponemos parte de la integración metodológica. La elección de diferentes perspectivas de investigación para recoger los datos, posibilita que se compensen las debilidades de una perspectiva con las potencialidades de la otra. De este modo se enriquece la investigación, puesto que el conocimiento del tema a investigar se aborda desde distintos ángulos, pudiendo llegar a conclusiones que aportan conjuntamente una visión subjetiva y otra objetiva.

En esta investigación se pretende estudiar la relación entre consumo de cocaína y las conductas violentas que ejercen y/o sufren cocainómanos/as y personas de su entorno, todo ello desde una perspectiva de género. Es importante señalar que el componente género es determinante en este estudio.

3.5. Muestra

La muestra de esta investigación está compuesta por dos submuestras: expertos en drogodependencias y/o violencia; y los propios cocainómanos/as. La población muestral de personas con un diagnóstico de dependencia de cocaína

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

se localizó a través de diferentes Unidades de Conductas Adictivas (en adelante UCA).

La muestra relativa a profesionales se conformó en las técnicas cuantitativas con trabajadores de todas las UCA y todos los Centros Mujer 24 Horas (en adelante CM24H). Y en las técnicas cualitativas el colectivo de expertos de profesionales, se configuró persiguiendo la representación de todos los perfiles que intervienen en los procesos de tratamiento y rehabilitación de cocainómanos, así como de los profesionales que trabajan en el ámbito del maltrato y la violencia. El grupo de profesionales fue seleccionado teniendo en cuenta, la profesión, el tipo de centro al que pertenece, el tiempo que lleva trabajando en el mismo, y el género. Ninguno coincidente con los centros donde se realizaron las encuestas a profesionales.

Para realizar las entrevistas a los cocainómanos se ha seguido como apuntan Hammersley y Atkinson (1995:38) el criterio de consideraciones pragmáticas: la consideración de la accesibilidad (Marshal & Rossman, 1989; Erlandson, Harris, Skipper & Allen, 1993) y la consideración de los recursos disponibles (Morse, 1994). Los dependientes de cocaína fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios siguientes:

- Que la persona hubiera sido diagnosticada como dependiente de cocaína como droga principal (también se admitió población que al mismo tiempo abusaba de otras sustancias como el alcohol, tabaco, cannabis y psicofármacos).
- La variable género, pues se perseguían participantes de ambos sexos.
- El tiempo de abstinencia. Se decidió que el tiempo de abstinencia no fuese superior a 12 meses, de este modo las experiencias relacionadas con el período de adicción a la cocaína eran relativamente recientes.
- Y el lugar de residencia. Los sujetos debían vivir en una de las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

La muestra de cocainómanos la componen 12 personas, 6 hombres y 6 mujeres, la mitad de ellos con un período de abstinencia menor a los 6 meses y la otra mitad de 6 a 12 meses. Cuatro de estos sujetos (2 hombres y 2 mujeres) vivían en Valencia, 4 en Castellón y otros 4 en Alicante. Se realizaron un total de 28 entrevistas pero se dejaron de analizar cuando la saturación de la información fue efectiva, quedando conformadas para el estudio 12 entrevistas en total. En el anexo 1 se presenta la descripción de los cocainómanos entrevistados.

3.6. Técnicas utilizadas

Para determinar el diseño de la investigación se realizó previamente un estudio piloto, permitiendo así testar las técnicas que se pretendían utilizar. Se entrevistó a cuatro profesionales de UCA y dos cocainómanos. Después de analizar los resultados se tomaron decisiones sobre las técnicas definitivas que convenía utilizar. Eligiendo la técnica de la encuesta por entrevista personal y el grupo de discusión para el grupo de los profesionales, y la entrevista focalizada para el grupo de cocainómanos.

3.6.1. Encuesta

En un principio se diseñaron las encuestas pensando en ser administradas por correo, pero esta idea se desestimó porque podría suponer una pérdida de información. Por ello en este trabajo se escogió realizar la encuesta a través de una entrevista personal a los profesionales de las UCA y CM24H. Los motivos para ello eran:

- Facilitar la cooperación del entrevistado.
- Permitir aclarar dudas que pudieran surgir sobre las preguntas.
- Obtener una elevada tasa de respuesta.
- Evitar que se produjeran consultas con otras personas que podrían influir en las respuestas de los entrevistados.

Aunque también se tiene que asumir una serie de inconvenientes:

- La posibilidad de introducir sesgos a través del entrevistador: su forma de plantear las preguntas y recoger las respuestas así como sus características personales pueden influir en los datos obtenidos.
- El mayor esfuerzo a nivel personal, económico y temporal.

Estos inconvenientes fueron superados a través de un completo entrenamiento de la entrevistadora sobre las técnicas de evaluación.

La función de la encuesta en el proceso de la investigación es doble. Por un lado, pretende colocar a todos los entrevistados en la misma situación psicológica y, por otro lado, mediante un sistema de anotaciones simples, facilita y asegura la comparación de las respuestas. Se han diseñado dos modelos diferentes de encuesta, una para los profesionales de las UCA (ver anexo 2) y otra para los CM24h (ver anexo 3). Ambas encuestas tienen áreas temáticas comunes,

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

pero las preguntas se han adaptado a los profesionales a los que se dirigen, según el tipo de centro.

Respecto a las preguntas de las encuestas unas eran abiertas y otras cerradas y se han agrupado en tres bloques temáticos: consumo de cocaína, violencia y tratamientos. Las preguntas se han planteado buscando las relaciones existentes entre los temas de los tres bloques.

El universo estudiado ha sido la totalidad de las UCA y de los CM24H de carácter público de la Comunidad Valenciana. Esta selección se realizó considerando que dichos centros públicos, respectivamente, son los encargados de recibir la primera demanda de los dependientes de cocaína y de las mujeres víctimas de maltrato.

Se realizaron encuestas a través de entrevistas a uno de los profesionales de atención de cada UCA (ver tabla 5). El número de encuestas total fue de 29, que era el número total de UCA que estaban en funcionamiento durante el año 2005¹⁶. Respecto a los profesionales de la violencia, se pretendía en un principio realizar entrevistas a los pisos tutelados y a las profesionales de los CM24H, pero los primeros no accedieron a participar en el estudio porque consideraron inútil preguntarles sobre drogas en recursos donde está prohibido su consumo. De los profesionales de CM24H se entrevistó a una trabajadora social y a una psicóloga, de cada uno de los tres centros que existen actualmente en la Comunidad Valenciana, siguiendo el mismo criterio mencionado anteriormente. Se han realizado un total de seis encuestas en los CM24H (ver tabla 5).

Tabla 5. Profesionales entrevistados según el perfil profesional, género y tipo de centro.

CENTRO	PROFESIONAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
UCA	Médico	11	9	20
	Psicólogo/a	2	5	7
	DUE		1	1
	Trabajadora Social		1	1
CM24h	Psicóloga		3	3
	Trabajadora Social		3	3
TOTAL DE PROFESIONALES		13	22	35

La duración de las entrevistas a los profesionales fue de 30 a 45 minutos. No es habitual que se graben y transcriban las encuestas, pero en el caso de esta investigación se recurrió a la grabación y posterior transcripción, pues era una encuesta extensa y el carácter abierto de algunas preguntas no daban oportunidad al entrevistador a realizar las anotaciones completas.

¹⁶ Actualmente, el número de UCA de la Comunidad Valenciana asciende a 34.

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

3.6.2. Entrevista focalizada

El término de “focused interview” fue acuñado por Merton y Kendall (1946). La entrevista focalizada pretende responder a cuestiones concretas y se centra en un solo acto, experiencia o significado social. Se trata de un procedimiento en torno a un punto-diana, núcleo o foco de interés como pueda ser una experiencia, una situación o una acción (Ruiz & Ispizua, 1989). Va dirigida a un individuo concreto caracterizado por haber tomado parte en esa situación o haber vivido esa experiencia. La realización de esta delimitación exige por parte del investigador un conocimiento y análisis sistemático previo del objeto de estudio.

A pesar de su especificidad, la entrevista focalizada se incluye dentro de la categoría de entrevistas cualitativas de investigación. Según Merton y Kendall (1946) para que esta entrevista resulte productiva ha de basarse en cuatro criterios:

- No dirección. Tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas.
- Especificidad. Animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas.
- Amplitud. Indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto.
- Profundidad y contexto personal. La entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica.

En realidad se trata de criterios entrelazados, pues la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte la obtención de profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas. Por otro lado, el logro de estos tres últimos criterios exige rebajar la pretensión del criterio de no-dirección. Se ha utilizado un guión de entrevista (ver anexo 4) que ha servido como eje conductor de las conversaciones, aunque en ningún momento se ha intentado ceñir el discurso de los entrevistados a categorías previamente elaboradas.

La entrevista focalizada permite una gran riqueza informativa en las palabras y enfoques de los entrevistados (Vallés, 1997). De esta manera, al investigador se le proporciona la oportunidad de clarificar y hacer un seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción directo, personalizado,

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

flexible y espontáneo. Esta técnica también brinda la posibilidad de indagar por derroteros no previstos. Además, a través de ella, se puede acceder a información que es difícil de observar, siendo preferible esta técnica por su intimidad y comodidad, tanto del entrevistado como del entrevistador.

Este tipo de entrevista debe ser dirigida por un profesional con formación y experiencia adecuadas para que la información obtenida sea de calidad y fiable. Pese a tener un guión orientativo, siempre se deja la posibilidad de enriquecer este guión con información que no ha sido contemplada a la hora de diseñar el proyecto pero que puede resultar importante para el mismo.

Las entrevistas se han realizado en las UCA y tuvieron una duración entre 45 y 85 minutos. Dada la dificultad que entraña la selección y el acceso a los dependientes de cocaína, actuaron como intermediarios los profesionales de los centros de tratamiento, indicándoles previamente los criterios de selección planteados en el estudio.

3.6.3. Grupo de discusión

Se trata de una técnica que permite aproximarse a las percepciones sociales de los sujetos en torno a una temática específica. Esta técnica en la medida que crea una situación de comunicación grupal sirve para captar los discursos ideológicos y las representaciones simbólicas que van asociadas a un fenómeno social, en este estudio a la relación de la cocaína con la violencia. Esta técnica trabaja con el habla y articula el orden social con la subjetividad propia del individuo, por medio de una conversación, donde los interlocutores desaparecen detrás de las interlocuciones (González, 1997).

En general, esta técnica debe ser guiada por un profesional con formación y experiencia en la moderación de dinámicas de grupo, ya que tiene un papel fundamental a la hora de obtener resultados óptimos y mantener a la vez unas normas mínimas de educación, como no interrumpir al otro antes de que haya terminado, no hablar al mismo tiempo, no gritar, y respetar la libertad de expresión de cada uno. Es importante tener confeccionado un guión previo, donde se indiquen las áreas temáticas a tratar, pero el moderador no debe cerrarse a debatir otras cuestiones para permitir la obtención de información complementaria. La duración de los grupos oscila entre 45 y 90 minutos. El lugar de realización debe ser un espacio tranquilo, cómodo, accesible y aséptico. Es recomendable que los participantes no se conozcan, para evitar por una parte la creación de subgrupos y por otra, que la deseabilidad social condicione el discurso. Esta técnica supone un avance importante en la exploración de cuestiones clave, pues son discutidas y analizadas desde la voz de la propia

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

experiencia o en su caso desde la posición de los que viven afectados o relacionados con una realidad en concreto.

El grupo de discusión ofrece una serie de ventajas, como la economía de tiempo, la flexibilidad, la diversidad de los participantes, y el discurso grupal, entre otras (Vallés, 1997). El uso de esta técnica facilita información que, por otro lado, con la utilización de otras técnicas, no se puede recoger, por lo que sirve para complementar y contrastar las informaciones.

Normalmente, los participantes suelen ser los propios miembros de la comunidad, bien sus *expertos culturales*, es decir, profesionales de un área concreta y con información valiosa sobre un tema determinado, tales como trabajadores de recursos socio-sanitarios, docentes, orientadores o personal de la administración local, o *bien informadores clave*, es decir, miembros de la comunidad que pueden ser de ayuda para la identificación de problemas ocultos y la comprensión de las tendencias emergentes sobre el objeto de estudio (Needle et al., 2003).

En esta investigación se realizó un grupo de discusión con profesionales del área de la violencia y las drogodependencias. Se seleccionaron 8 expertos buscando la heterogeneidad y complementariedad, profesionales con diferentes perfiles y ámbitos de intervención. Todos ellos con experiencia en la atención a drogodependientes y en el área de la violencia general o de la violencia contra la mujer, que no trabajaran en Unidades de Conductas Adictivas ni en CM24H, pues se había obtenido información de los profesionales de estos centros a través de las encuestas y se quería complementar esta información a través de profesionales del área pero pertenecientes a otras instituciones. La duración del grupo fue de 75 minutos y se siguieron todas las recomendaciones para la buena práctica de esta técnica.

Los perfiles profesionales de los componentes del grupo de discusión se describen en la tabla 6.

Capítulo 3. Aspectos metodológicos

Tabla 6. Perfil participantes del grupo de discusión

Cargo profesional	Sexo	Años de experiencia profesional
Agente de igualdad municipal	Mujer	3 años
Trabajadora social de una Unidad de Deshabitación Residencial para mujeres	Mujer	8 años
Trabajadora social de un Centro de Día de Drogodependientes	Mujer	6 años
Psiquiatra experto en drogodependencias	Hombre	30 años
Sociólogo y trabajador social experto en programas de reducción del daño	Hombre	10 años
Psicólogo forense	Hombre	15 años
Psicóloga experta en violencia de un Centro de Menores	Mujer	6 años
Psicóloga de una Casa de Acogida para mujeres maltratadas	Mujer	5 años

Fuente: Elaboración propia.

3.7. Marco analítico

Tal y como se muestra en la tabla 7, el colectivo de los profesionales se ha investigado tanto con una perspectiva cuantitativa como cualitativa. Siguiendo la primera de estas perspectivas, se han abordado dimensiones básicas como la incidencia de conductas violentas en relación con el consumo de cocaína, y dentro de este aspecto se han abordado los tipos de violencia desarrollados por hombres y mujeres, hacia quién dirigen esta violencia, los antecedentes de violencia que han tenido, la relación del consumo de cocaína con el maltrato y la asistencia a personas que han sufrido violencia desde los centros de atención a las drogodependencias.

Otra dimensión básica es el consumo de cocaína y las diferencias de género en las razones del inicio del consumo, los problemas psicológicos presentados entre los cocainómanos y la imagen social de las cocainómanas en concreto. El tratamiento de la cocainomanía y las diferencias de género, incluyen aspectos como la motivación para el inicio del tratamiento, las causas por las que se recae, los motivos por los que se abandona el tratamiento, los apoyos personales con los que cuentan los cocainómanos en este proceso, la asistencia a tratamiento y las diferencias de género, la aceptación de las normas y los límites del tratamiento, y los tratamientos específicos según variables de género.

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

En cuanto a la dimensión que estudia la atención a las mujeres maltratadas, se incluye cuestiones relacionadas con su consumo de drogas y la derivación a centros de drogodependencias. Por último, la dimensión que evalúa los problemas y apoyos de las mujeres maltratadas, trata aspectos como los problemas psicológicos que presentan las víctimas del maltrato y los agresores, así como los apoyos con los que cuentan las víctimas de la violencia.

Desde una perspectiva cualitativa, se han evaluado dimensiones como el consumo de cocaína, concretamente aspectos relacionados con el inicio y progresión del consumo de cocaína y la normalización del mismo. También se ha estudiado la relación de la violencia y el consumo de cocaína, los comportamientos violentos entre los cocainómanos considerando las diferencias de género y poniendo especial atención a la violencia de género.

La dimensión del tratamiento de las drogodependencias y de la violencia se centra en el estudio de los recursos asistenciales en la Comunidad Valenciana, en las dificultades existentes para ir al tratamiento, en las barreras de las mujeres cocainómanas y víctimas de la violencia, y en las medidas para combatir la violencia entre estas mujeres. Por último, la valoración de los programas asistenciales aborda el tratamiento y la asistencia de las cocainómanas y de mujeres víctimas de la violencia, la coordinación de recursos, la cantidad de recursos que atienden a personas víctimas de maltrato, y el tratamiento de los maltratadores.

En el colectivo de los cocainómanos las dimensiones de análisis son tres, la primera es la experiencia personal con la cocaína, concretamente se evalúan los factores de riesgo que han llevado al sujeto a consumir cocaína, los motivos de consumo, los efectos que les produce la sustancia, la vivencia del proceso de la dependencia, y las consecuencias que han sufrido como resultado del consumo abusivo de esta sustancia. La segunda dimensión que se estudia es el consumo de cocaína y su relación con la violencia, aquí se evalúan los cambios comportamentales sufridos como consecuencia del consumo y las consecuencias que la cocaína ha provocado en sus vidas desde su propia experiencia. La tercera y última dimensión es el tratamiento y la prevención, donde se analizan las valoraciones sobre los tratamientos de drogodependencias a los que han acudido.

Capítulo 3.
Aspectos metodológicos

Tabla 7. Marco de referencia para el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos

COLECTIVO DE PROFESIONALES	PERSPECTIVA CUANTITATIVA	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIONES
		INCIDENCIA DE CONDUCTAS VIOLENTAS Y CONSUMO DE COCAÍNA	Tipos de violencia y diferencias según género Hacia quien se dirige la violencia Antecedentes de violencia entre los cocainómanos Consumo de cocaína y maltrato Atención de las conductas violentas durante el tratamiento de la dependencia de cocaína
CONSUMO DE COCAÍNA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO	Razones para el inicio del consumo de cocaína Problemas psicológicos en dependientes de cocaína Imagen social de las cocainómanas		
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA A LA COCAÍNA DIFERENCIAS DE GÉNERO	Motivación para el inicio del tratamiento Causas de las recaídas Motivos de abandono de tratamiento Apoyos personales durante el tratamiento Asistencia a tratamiento y género Aceptación de las normas y los límites del tratamiento Tratamientos específicos		
PROBLEMÁTICA Y ATENCIÓN A LAS MUJERES MALTRATADAS	Problemas psicológicos frecuentes en mujeres maltratadas Problemas psicológicos frecuentes en hombres maltratadores Apoyos personales que reciben mujeres maltratadas Información sobre consumo de drogas Derivación a centros especializados de drogodependencias		

Capítulo 3.
Aspectos metodológicos

COLECTIVO DE COCAINÓMANOS	PERSPECTIVA CUALITATIVA	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIONES
		CONSUMO DE COCAÍNA	Inicio y progresión del consumo de cocaína
			Normalización del consumo de cocaína
		VIOLENCIA Y CONSUMO DE COCAÍNA	Relación entre cocaína y violencia
			Violencia y género
		TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA Y LA VIOLENCIA	Violencia de género entre otras violencias
			Recursos asistenciales en la Comunidad Valenciana
			Dificultades en el tratamiento de la dependencia de cocaína
			Barreras para la inserción de mujeres con doble problemática
		VALORACIÓN DE PROGRAMAS ASISTENCIALES	Medidas para combatir la violencia contra las mujeres cocainómanas
Tratamiento y asistencia de las cocainómanas			
Coordinación entre recursos como medida preventiva			
Falta de recursos para las mujeres maltratadas			
La atención a mujeres maltratadas			
LA EXPERIENCIA CON LA COCAÍNA	Tratamiento de maltratadores		
	Factores de riesgo para el consumo de cocaína		
	Motivos de consumo		
	Efectos de la cocaína		
	Progresión de la dependencia		
	Consecuencias del consumo		
COCAÍNA Y VIOLENCIA	Cambios de conducta y consecuencias		
TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	Valoración tratamientos actuales		
	Propuestas preventivas		

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

Las encuestas fueron grabadas magnetofónicamente y posteriormente las respuestas abiertas que lo precisaban fueron transcritas. Las preguntas cerradas fueron analizadas estadísticamente, a un nivel descriptivo. Las respuestas de las preguntas abiertas fueron recogidas en su totalidad y posteriormente fueron contabilizadas, de esta forma se obtuvieron porcentajes de respuesta que no sumaban el 100% pues las preguntas permitían respuesta múltiple.

Las entrevistas focalizadas y los grupos de discusión fueron grabados en cinta magnetofónica, y a continuación se transcribieron literalmente. Las transcripciones incluyen tanto las frases de los participantes como las preguntas o aclaraciones del entrevistador/moderador. Se respetaron las expresiones de los entrevistados, no se corrigió la sintaxis, ni la ortografía. En el caso de que el lenguaje informal no resultara claramente comprensible, se hacía una aclaración entre paréntesis con el significado concreto dentro del contexto donde se había pronunciado, y cuando se utilizaban insultos o tacos se indicaba a través de las llaves, por ejemplo [joder].

En los resultados que aparecen en este estudio, se ha corregido la ortografía y, en algunos casos, mínimamente la sintaxis, con el fin de facilitar la comprensión.

En estas reproducciones, las entrevistas vienen identificadas mediante la letra E, y con la letra M si es mujer y H si es hombre, junto con el correspondiente número de entrevista (por ejemplo EM1 sería entrevista a una mujer identificada con el número 1). En el caso del grupo de discusión se identifica mediante las letras GD. Este sistema de clasificación, permite mantener el anonimato de los participantes. Con este mismo propósito, se han sustituido o eliminado todos aquellos nombres o referencias que pudieran servir para identificar datos de los participantes.

Al plantear el análisis de un tema concreto desde una estrategia cualitativa, como el de esta investigación, se está asumiendo la posibilidad de que no se conozcan de antemano todas las cuestiones implicadas en tal tema; en definitiva, supone una aproximación a la realidad social con la predisposición de modificar hipótesis y consideraciones previas. Para analizar los datos cualitativos, se ha utilizado la *teoría fundamentada* o *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967). El enfoque de la teoría fundamentada es un método para descubrir hipótesis, conceptos, teorías y proposiciones, partiendo directamente de los datos y no de supuestos a priori. La estrategia para el desarrollo de la teoría fundamentada es el *Método Comparativo Constante*, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación constante de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente (Taylor & Bogdan, 1987). En este método se

Capítulo 3.

Aspectos metodológicos

pueden distinguir cuatro fases: comparación de incidentes, integración de categorías y sus propiedades, delimitación de la teoría y escritura de la teoría.

Finalizamos este apartado haciendo mención a una cita de Glaser y Strauss (1967: 3) en la que aducen que “el criterio clave para evaluar las teorías consiste en examinar si se ajustan y funcionan”. Por ajuste se entiende que las categorías deben ser fácilmente aplicables (sin forzarlas) a los datos que se estudian y surgir de ellos; el funcionamiento supone que deben ser significativamente apropiadas y capaces de explicar la conducta en estudio. Al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino sólo demostrar que son plausibles.

3.8. Trabajo de campo

Se estableció contacto con todas las UCA y CM24h a través de una carta que se envió por correo y en la que se explicaba en qué consistía el estudio. Transcurrido un tiempo, se procedió a llamar por teléfono a cada uno de los centros con los que se había contactado previamente, el objeto de esta llamada era confirmar la participación en el estudio y acordar qué profesional de todos los que componían la plantilla sería el entrevistado, pues era el centro el que decidía el profesional que respondía el cuestionario. Una segunda llamada, acordaba el día y la hora para realizar la entrevista. Todas las encuestas se realizaron en los centros de trabajo de los profesionales.

Una vez realizadas las 35 encuestas a través de entrevista a los profesionales de las UCA y CM24h, se pasó a realizar las entrevistas focalizadas a los dependientes de cocaína. Los profesionales de las UCA facilitaron la captación de los cocainómanos que, como se ha comentado anteriormente, se seleccionaron en función de los criterios establecidos durante el diseño de la investigación. Las entrevistas se realizaron en las mismas UCA.

Los profesionales participantes en el grupo de discusión fueron seleccionados tras desarrollar los perfiles profesionales que interesaban para el objeto de estudio, posteriormente se contactó con las instituciones y profesionales del área.

Esta investigación ha tenido presente en todo momento las consideraciones del Comité de Ética de Investigación (CEI) necesarias para asegurar la protección de los derechos fundamentales del individuo. A todos los participantes del estudio tanto en el pase de las encuestas, como en los grupos de discusión y las entrevistas focalizadas, se les requería el consentimiento informado y se les aseguraba la confidencialidad y el anonimato de las respuestas dadas.

4 capítulo

RESULTADOS.
LA VOZ DE LOS
PROFESIONALES:
UNA PERSPECTIVA
CUANTITATIVA

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa



CAPÍTULO 4. Resultados. La voz de los Profesionales: Una Perspectiva Cuantitativa

4.1. Consumo de cocaína

4.1.1. Razones del inicio del consumo de cocaína

En opinión de los entrevistados del área de las drogodependencias, no existe una sola razón que explique el inicio del consumo de cocaína, aunque el motivo más nombrado por los mismos profesionales es la curiosidad y la presión que ejerce el grupo. Una razón en las mujeres para iniciarse en el consumo de cocaína, que no es indicada para los hombres, es la pareja (34,48%), es decir, que la pareja sea consumidora (ver gráfico 9).

Algunos profesionales comentan otros motivos:

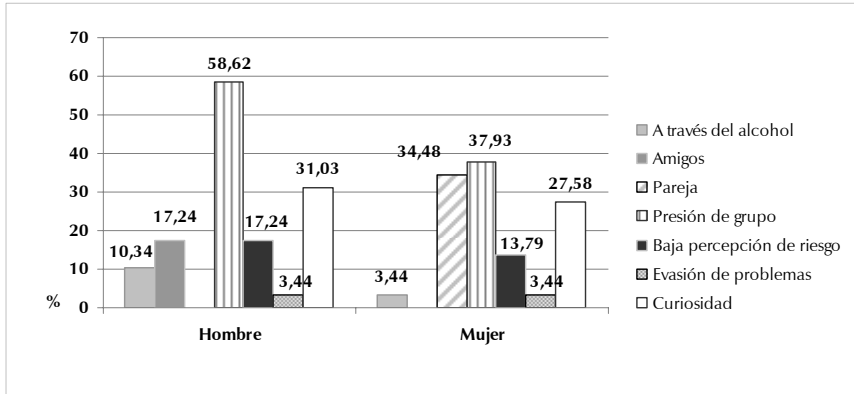
- La baja percepción de riesgo de la sustancia.
- Que los amigos consuman.
- El consumo de alcohol como iniciador.
- Instrumento para evadir los problemas.

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 9.

Motivos de inicio de consumo en hombres y mujeres según profesionales de las UCA



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

4.1.2. Problemas psicológicos en dependientes de cocaína

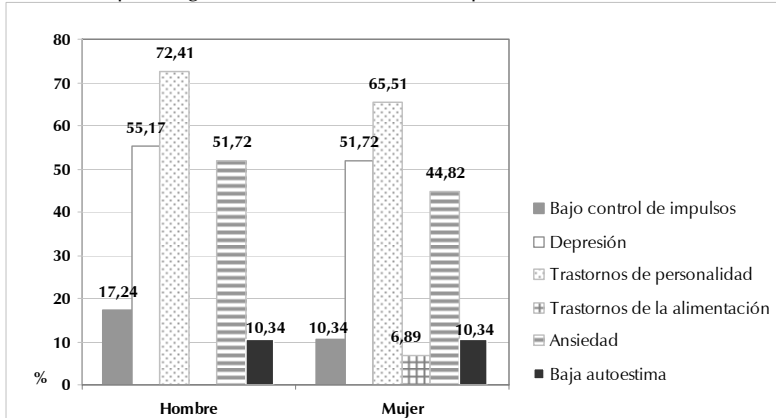
Los problemas psicológicos más frecuentes entre cocainómanos/as según los profesionales de las UCA, son los trastornos de personalidad, con porcentajes algo superiores en los hombres (72,41%) que en las mujeres, seguidos por trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, con valores muy similares en hombres y mujeres. La falta de control de impulsos es otro de los problemas nombrados por los profesionales, considerándolo más habitual entre el grupo de hombres. Un problema que tan sólo se ha nombrado en el grupo de las mujeres son los trastornos de la alimentación (6,89%) (ver gráfico 10).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 10.

Problemas psicológicos relacionados con la dependencia de cocaína



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

4.1.3. Imagen social de las cocainómanas

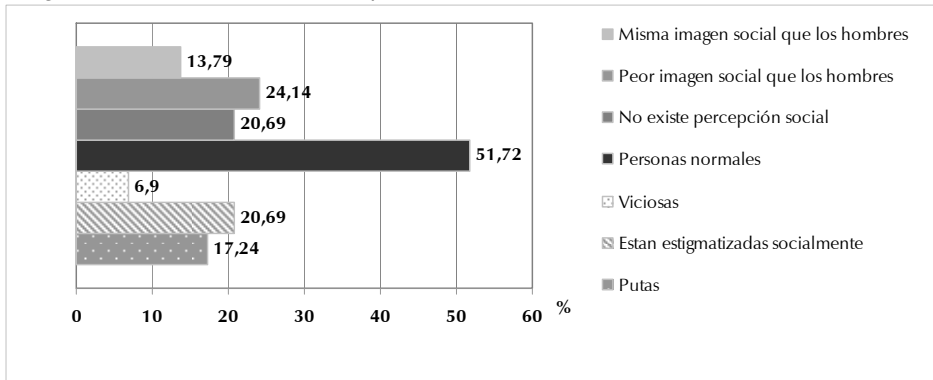
Más de la mitad de los profesionales de las UCA comenta que la imagen social de una mujer cocainómana es la de una persona "normal". También el 20,69% indica que la dependencia de cocaína por parte de las mujeres no ha generado una percepción social concreta pues se trata de un problema relativamente oculto. Sin embargo, el 20,69% de los entrevistados señala que la cocainómana carga con un estigma social, lo cual se relaciona directamente con otra respuesta dada por casi un 25%, que es la peor imagen social de las mujeres dependientes frente a los hombres en sus mismas condiciones (ver gráfico 11).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 11.

Imagen social de las cocainómanas, profesionales UCA

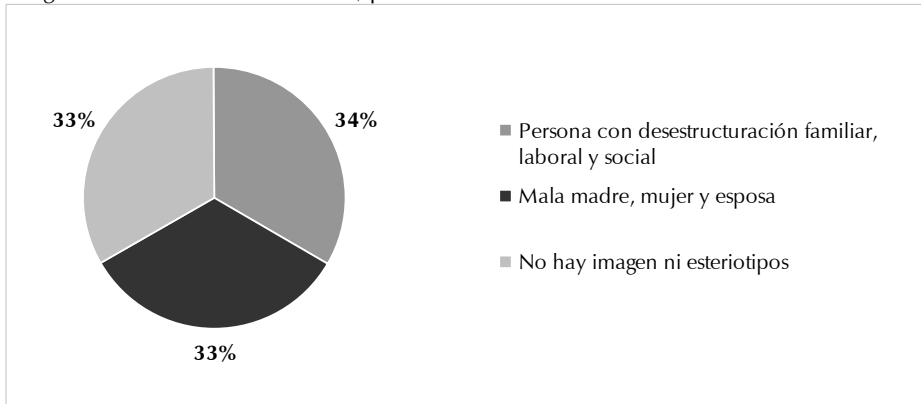


* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Por otra parte, un tercio de los profesionales de la violencia (CM24H) considera que la mujer dependiente de cocaína no tiene una imagen ni estereotipo concreto. Un 33% de las respuestas apunta a que se perciben como mujeres pertenecientes a núcleos familiares desestructurados con problemas sociales y laborales; el mismo porcentaje opina que se perciben como mujeres con problemas para ejercer sus roles de esposa y madre (ver gráfico 12).

Gráfico 12.

Imagen social de las cocainómanas, profesionales CM24H



Capítulo 4.

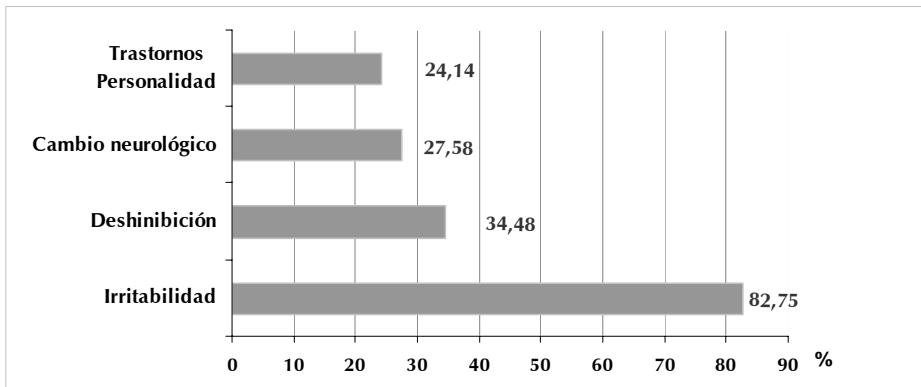
Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

4.2. Violencia y consumo de cocaína

La totalidad de los profesionales que trabajan en las UCA y en los CM24H opina que existe una relación entre la adicción a la cocaína y el desarrollo de conductas violentas. Las razones que dan los profesionales de las UCA para justificar esta afirmación son diversas, destacando el aumento de irritabilidad y agresividad como consecuencia del consumo de cocaína (ver gráfico 13).

Gráfico 13.

Razones por las que consideran los profesionales de las UCA que existe relación entre la dependencia de cocaína y las conductas violentas



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

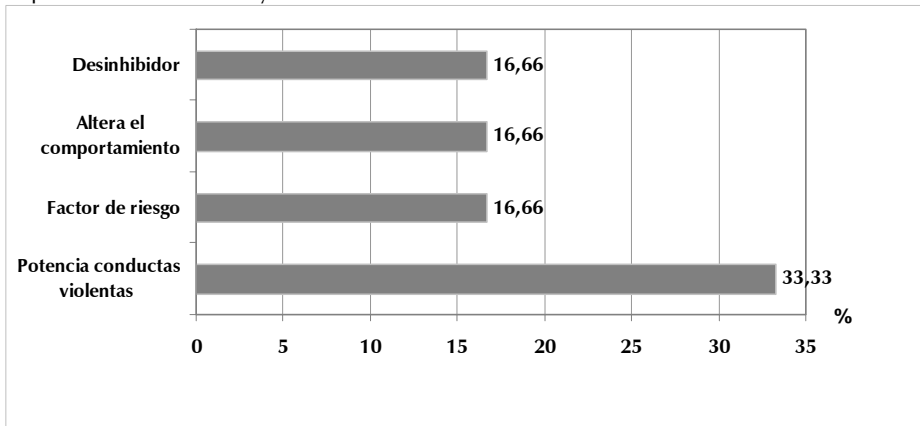
También los profesionales de CM24H destacan que la cocaína incrementa los comportamientos violentos (ver gráfico 14).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 14.

Razones por las que consideran los profesionales de CM24H que existe relación entre dependencia de cocaína y conductas violentas



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje no corresponde al 100%.

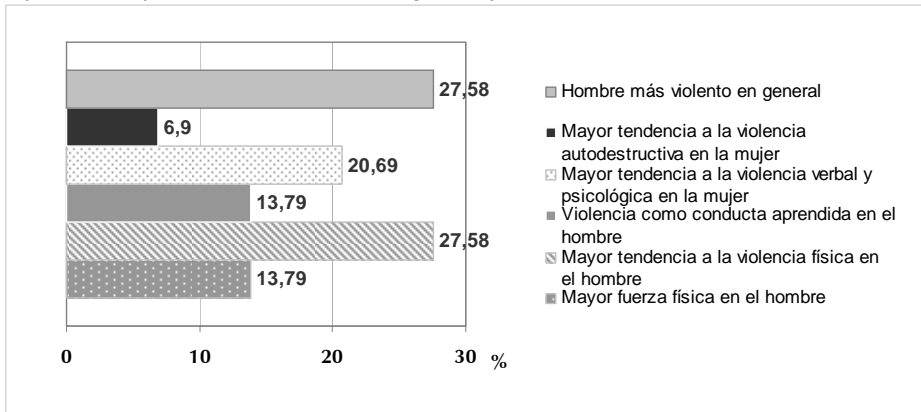
El 86,21% de los profesionales de las UCA y el 83,33% de los profesionales de los CM24H opinan que existen diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres dependientes de cocaína. Entre los profesionales de las drogodependencias que observan estas diferencias, destacan las respuestas que argumentan que los hombres tienen una mayor tendencia a la violencia física y son más violentos en general, es decir, que ejercen cualquier violencia de forma más frecuente y más intensa que la mujer, ambas respuestas fueron dadas por más de una cuarta parte de los profesionales; también se indica que la mujer tiene una mayor tendencia a la violencia de tipo verbal y/o psicológico, y dirigida hacia sí misma (ver gráfico 15). Hay otras respuestas que requieren alguna aclaración, como la que hace referencia a la mayor fuerza física en el hombre (13,79%), pues se refiere al hecho de que las lesiones físicas provocadas por un hombre, normalmente tienen consecuencias de mayor gravedad.

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 15.

Tipos de comportamientos violentos, según los profesionales UCA

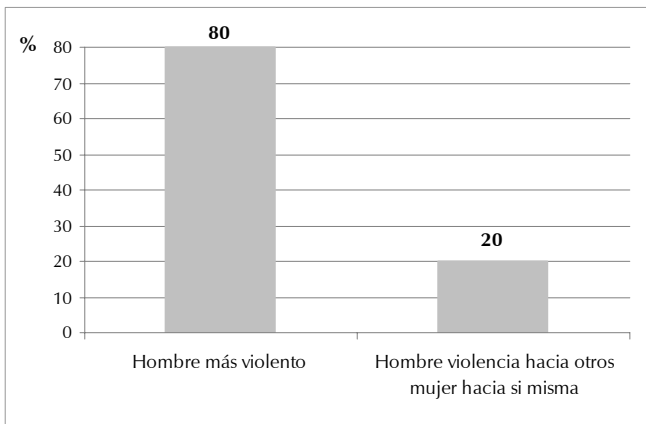


* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Por otro lado, de los profesionales del área de la violencia que reconocen diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres, el 80% expone que los hombres son más violentos e impulsivos que las mujeres debido al proceso de socialización que han recibido y el 20% restante considera que estas diferencias radican en que el hombre tiende a dirigir su violencia hacia otros, en cambio, la mujer la dirige hacia sí misma (ver gráfico 16).

Gráfico 16.

Diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres, según profesionales CM24H



Capítulo 4.

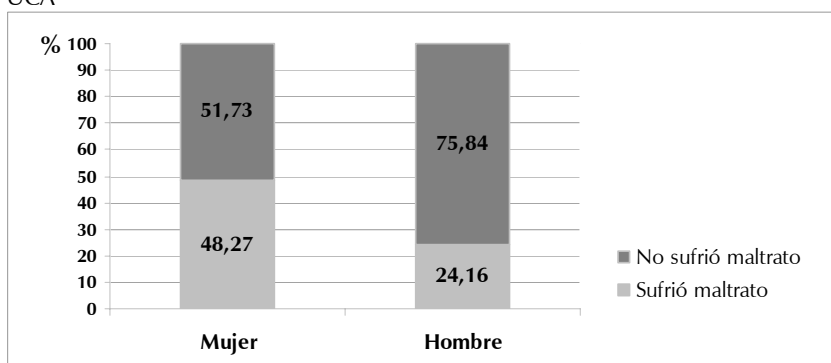
Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

4.2.1. Antecedentes de violencia entre los cocainómanos

Existe una clara división de opiniones sobre la existencia de antecedentes de violencia entre los dependientes de cocaína, pues algo menos de la mitad de los profesionales de las UCA afirma que las cocainómanas que acuden a tratamiento manifiestan haber sido víctimas de abusos y maltrato durante la infancia y/o adolescencia, y el 51,73% niega que estas pacientes manifiesten dichos abusos. En cuanto a los hombres, el 24,16% de los profesionales afirma que estos pacientes indican haber sufrido maltrato durante el período de la infancia y/o adolescencia (ver gráfico 17).

Gráfico 17.

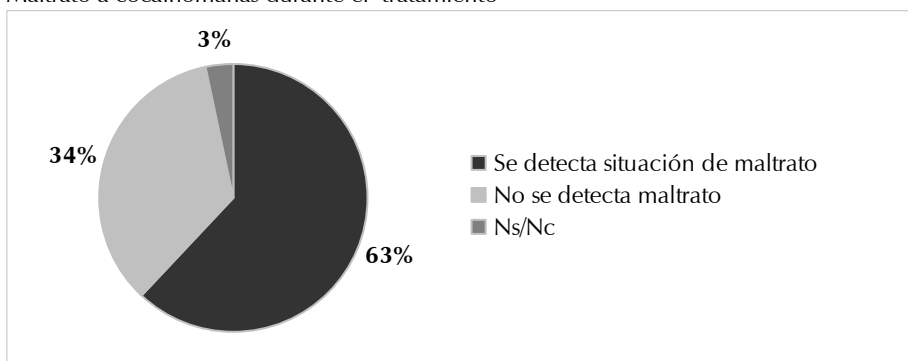
Maltrato a cocainómanos durante la infancia o adolescencia según los profesionales de las UCA



Respecto al maltrato que sufren las mujeres cocainómanas durante el tratamiento, el 63% de los encuestados afirma detectar malos tratos (ver gráfico 18) y esta violencia es ejercida en la mayoría de los casos por la pareja.

Gráfico 18.

Maltrato a cocainómanas durante el tratamiento



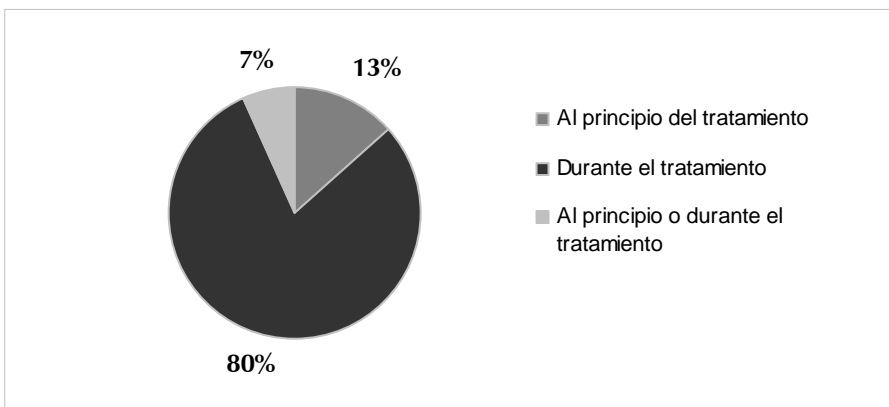
Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Además, según estos profesionales, respecto a la detección de un maltrato, más de un 80% declara que las propias mujeres verbalizan este maltrato durante el transcurso del tratamiento, una vez establecida una relación de confianza con el profesional. Por otro lado, el 13% afirma que estas mujeres expresan su situación de violencia en cuanto comienzan el tratamiento y un 7% indica que lo hacen tanto al principio como a lo largo del tratamiento (ver gráfico 19).

Gráfico 19.

Momento en el que se declara el maltrato estando en tratamiento



Hacia quién se dirige la violencia

Existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a los objetos de violencia, la mayoría de los encuestados considera que la violencia en el caso de los hombres va principalmente dirigida hacia su pareja, que normalmente son mujeres (ver gráficos 20 y 21). También es más frecuente entre los hombres la violencia dirigida hacia otras mujeres y hombres que no son del ámbito familiar, y este tipo de conducta es prácticamente inexistente entre las mujeres. La violencia dirigida hacia los hijos y los padres es similar en ambos géneros, considerándose algo superior en el grupo de los hombres en opinión de los profesionales de las UCA (gráfico 20)¹⁷, en cambio entre los profesionales de la violencia, la opinión es que las mujeres dirigen más su violencia hacia los hijos (ver gráfico 21).

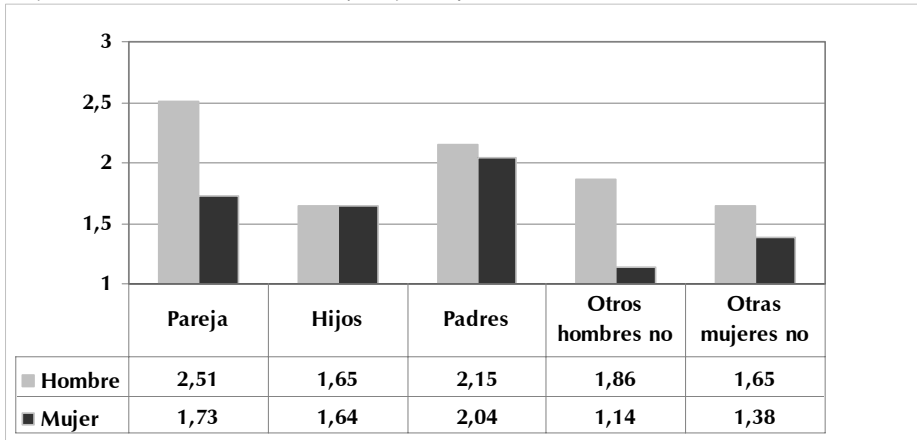
¹⁷ La escala utilizada en la pregunta *hacia quien se dirige la violencia*, es una valoración dentro del continuo de 1 a 3, donde el valor 1 significa un grado de violencia mínima y 3 significa un grado de violencia máxima.

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 20.

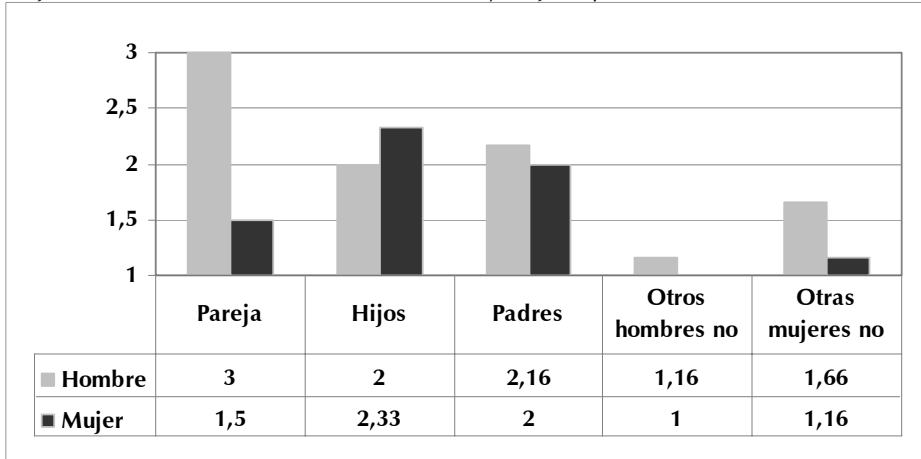
Objetos de violencia en hombres y mujeres, profesionales UCA



* El gráfico muestra las medias de respuesta calculadas a partir del continuo de respuesta de 1 a 3.

Gráfico 21.

Objetos de violencia diferencias entre hombres y mujeres profesionales CM24H



* El gráfico muestra las medias de respuesta calculadas a partir del continuo de respuesta de 1 a 3.

La totalidad de los profesionales entrevistados piensa que las mujeres víctimas de violencia no suelen consumir drogas de manera habitual. El 66,66% opina que los hombres maltratadores no son consumidores de cocaína y el 33,33% que opina que sí suelen consumir cocaína, añaden que estos consumos

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

suelen ir acompañados de alcohol y si esta situación se da, suele ser expresada por las mujeres maltratadas mientras están recibiendo protección.

4.2.2. Tipos de violencia y diferencias según género

Al medir el tipo de violencia y las diferencias según género en una escala de 1 a 3¹⁸ (valor máximo del continuo planteado), la mayoría de los profesionales de las dos áreas estudiadas opina que existen diferencias entre los tipos de violencia ejercidos por hombres y mujeres; concretamente, los participantes del área de las drogodependencias encuentran que las principales diferencias son las relacionadas con la violencia física y la violencia sexual. La violencia física es más frecuente entre los hombres, por lo que este tipo de violencia es valorado con un 3 por casi las tres cuartas partes de los profesionales encuestados, obteniendo un valor medio de 2,7. En cambio, la práctica totalidad de los profesionales valora con un 1 (valor mínimo del continuo) la violencia física de las mujeres, concretamente un valor medio de 1,03. En cuanto a la violencia sexual, más de la tercera parte de los profesionales opina que este tipo de violencia es ejercida mayoritariamente por los hombres, presentando un valor medio de 2 (ver gráfico 22). No obstante la casi inexistente violencia sexual de las mujeres cuando es ejercida por éstas (con un valor medio de 1,17), se manifiesta en forma de negación, como un instrumento de castigo o de chantaje hacia el hombre. Según los entrevistados, la violencia verbal, psicológica y autodestructiva se presenta en ambos géneros, siendo sensiblemente más frecuente entre las mujeres.

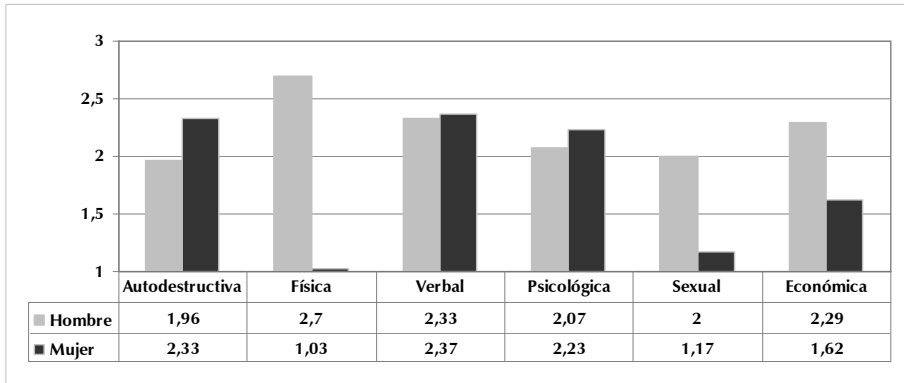
¹⁸ La escala utilizada en la pregunta *tipos de violencia*, es una valoración dentro del continuo de 1 a 3, donde el valor 1 significa un grado de violencia mínima y 3 significa un grado de violencia máxima.

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 22.

Tipos de violencia desarrollada más frecuentemente por cocainómanos/as, según los profesionales de las UCA



* El gráfico muestra las medias de respuesta calculadas a partir del continuo de respuesta de 1 a 3.

Los profesionales del área de la violencia exponen, al igual que el otro grupo de profesionales, que el tipo de violencia física suele ser más frecuente entre los hombres y es valorada con un 3 por todos los encuestados, mientras que la mujer ejerce más la violencia contra sí misma (violencia autodestructiva), siendo valorada con una puntuación de 3 por casi todos los profesionales (ver gráfico 23).

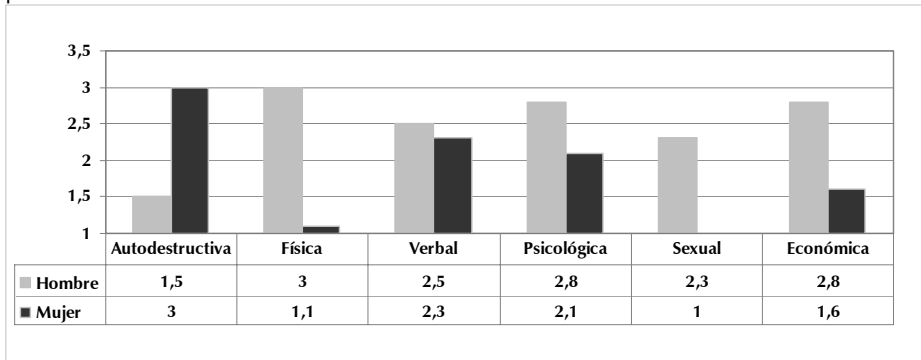
Se observa que de los dos grupos de profesionales, los del área de la violencia en general dan valores más altos a la violencia ejercida por el hombre independientemente del tipo que sea, a excepción de la violencia autodestructiva donde los valores son más altos en las mujeres.

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 23.

Tipos de violencia desarrollada más frecuentemente por cocainómanos/as, según los profesionales CM24H



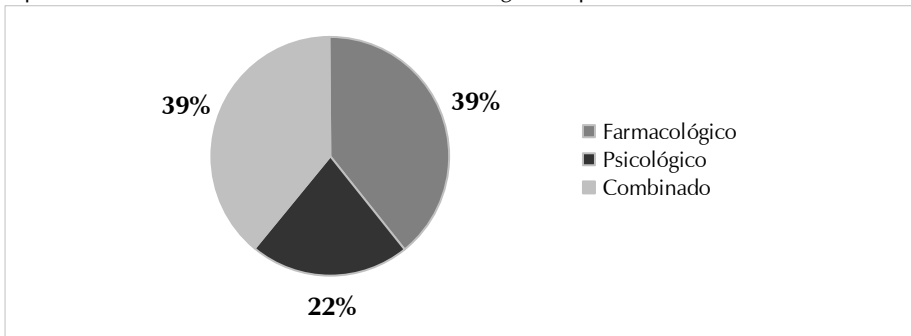
* El gráfico muestra las medias de respuesta calculadas a partir del continuo de respuesta de 1 a 3.

4.2.3. Atención de las conductas violentas durante el tratamiento de la dependencia de cocaína

Casi un 80% de los profesionales de las UCA afirma que desde sus unidades de trabajo se tratan específicamente las conductas violentas. De éstos, cerca de un 40% señala que el tratamiento es exclusivamente farmacológico, este mismo porcentaje de profesionales destaca que estas conductas son tratadas tanto farmacológica como psicológicamente, y algo más del 20% responde que el tratamiento es únicamente psicológico (ver gráfico 24).

Gráfico 24

Tipo de tratamiento de las conductas violentas según los profesionales de las UCA



Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

El 55% de los profesionales entrevistados indica que no deriva pacientes que presentan conductas violentas a recursos especializados en el tema.

4.3. Tratamiento de la dependencia de cocaína y de la violencia

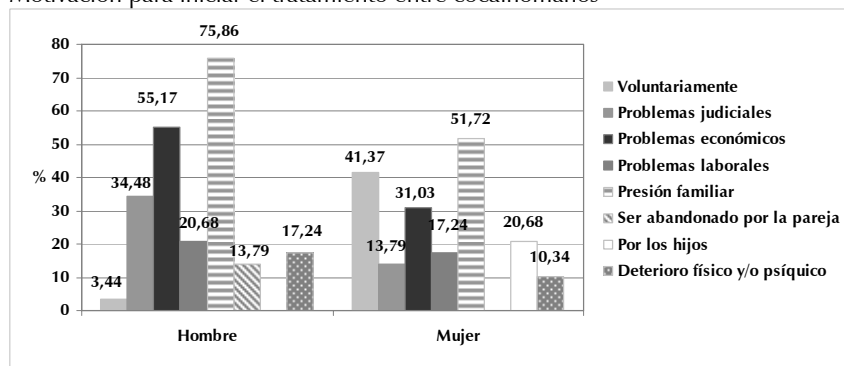
4.3.1. Tratamiento de la dependencia de cocaína

Motivación para el inicio del tratamiento

En opinión de los profesionales, la presión familiar es el principal factor tanto en hombres (75,86%) como en mujeres (51,72%) para tomar la decisión de acudir a tratamiento. Existen diferencias entre las motivaciones por las que los profesionales creen que los hombres y mujeres acuden a tratamiento, pues la segunda razón más frecuente entre los hombres para acudir a tratamiento según los entrevistados son los problemas económicos (55,17%), siendo en el caso de las mujeres la propia voluntad (41,37%). La tercera y cuarta razón más nombrada para el colectivo masculino son los problemas judiciales (34,48%) y laborales (20,68%), y en el caso de las mujeres se indican los problemas económicos (31,03%) y los hijos (20,68%). El miedo a ser abandonado por la pareja (13,79%) es un motivo que tan sólo se ha indicado entre los hombres (ver gráfico 25).

Gráfico 25.

Motivación para iniciar el tratamiento entre cocainómanos



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Capítulo 4.

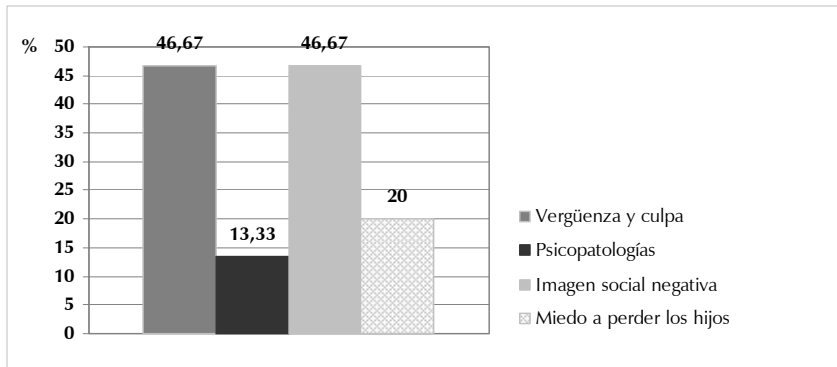
Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Asistencia a tratamiento y género

El 51,72% de los entrevistados opina que las mujeres acuden menos a tratamiento que los hombres. En opinión de estos profesionales el colectivo femenino acude menos a tratamiento principalmente por cuatro razones: la imagen social negativa de las mujeres dependientes de cocaína (46,67%); la vergüenza y la culpa que estas mujeres experimentan ante su dependencia (46,67%); el miedo a perder los hijos (20%); y ciertas psicopatologías más frecuentes en la mujer que en el hombre que impiden el acercamiento a los recursos que pueden proporcionarle un tratamiento (13,33%) (ver gráfico 26).

Gráfico 26.

Razones por las que las mujeres acuden menos a tratamiento



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Aceptación de las normas y límites del tratamiento

No hay acuerdo entre los profesionales sobre las diferencias de género en la aceptación de las normas del tratamiento, pues casi la mitad piensa que existen diferencias (48,28%) entre hombres y mujeres. El 71,43% de los profesionales que opina que hay diferencias de género, considera que las mujeres aceptan mejor los límites y las normas, mientras que el 28,57% restante cree que son los hombres quienes tienen una mayor aceptación de la normativa durante el tratamiento.

Apoyos personales durante el tratamiento

La fuente principal de apoyo para los cocainómanos 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 profesionales considera

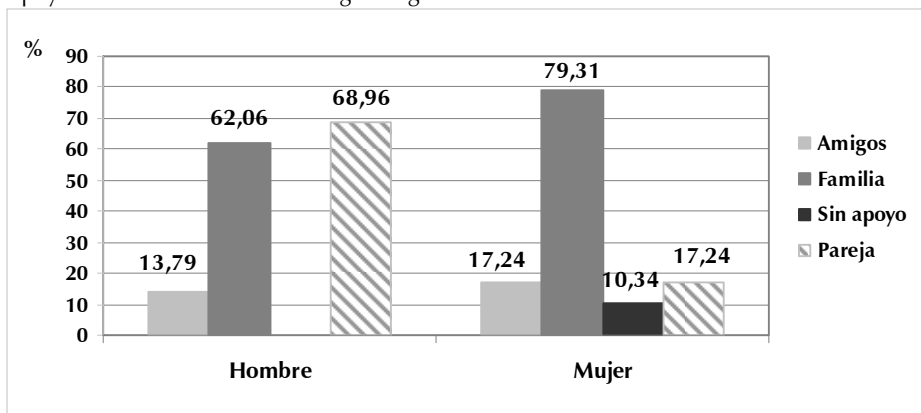
Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

que las mujeres no cuentan con ningún apoyo durante el tratamiento (ver gráfico 27).

Gráfico 27.

Apoyos durante el tratamiento según el género



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Tratamientos específicos

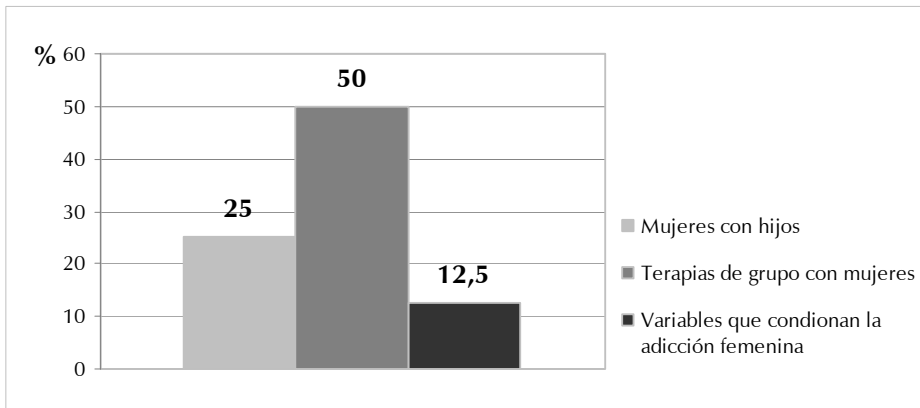
Un 70,37% de los encuestados está en contra de diseñar tratamientos específicos de desintoxicación y deshabituación en función del género, mientras que el 29,63% restante insiste en la necesidad de diseñar tratamientos que tengan en cuenta las diferencias de género. Estos últimos, destacan la importancia de desarrollar terapias de grupo de mujeres dependientes de cocaína (50%), y de este grupo un 25% opina que es de vital importancia apoyar a las mujeres en tratamiento con hijos, y el 12,5% considera que existe la necesidad de abordar todos los aspectos que condicionan de forma específica la adicción a la cocaína en el género femenino (ver gráfico 28).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 28.

Adaptación de tratamientos para las mujeres



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje no corresponde al 100%.

Hay que señalar que los profesionales que piensan que no es necesario diseñar tratamientos específicos en función del género, sí que creen oportuno individualizar el tratamiento de cada persona teniendo en cuenta la variable de género.

Motivos de abandono del tratamiento

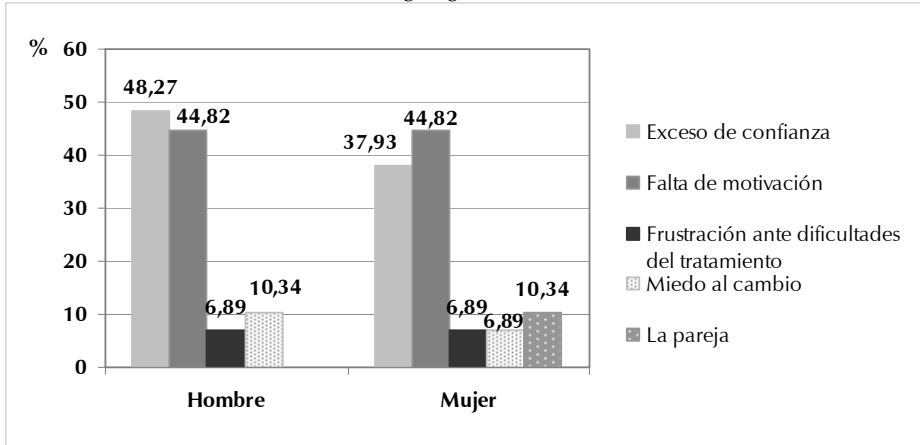
Las causas que más influyen en el abandono del tratamiento entre dependientes de cocaína según los profesionales son el exceso de confianza en el caso de los hombres (48,27%), y la falta de motivación tanto en hombres como en mujeres (44,82%). Destaca como motivo de abandono en el caso de las mujeres, la falta de apoyo de la pareja (en un 10,34%) (ver gráfico 29).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 29.

Causas del abandono de tratamiento según género



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Causas de las recaídas

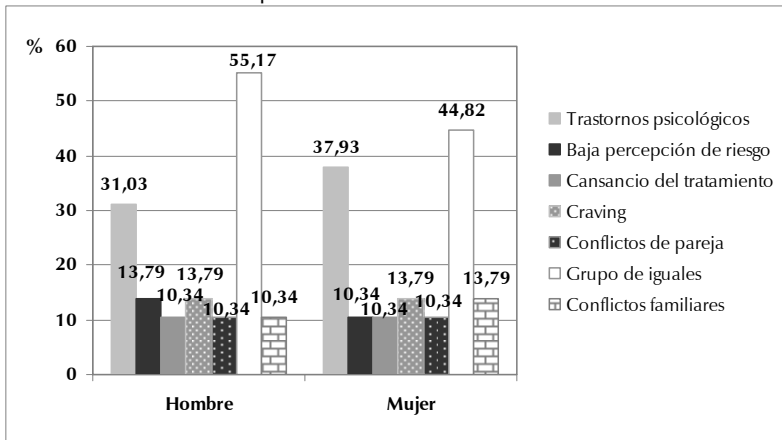
En opinión de los profesionales, los dependientes de cocaína recaen mayoritariamente por retomar el contacto con el grupo de iguales/amigos en el que solían consumir, siendo ligeramente superior en el caso de los hombres (55,17%). Otra de las razones por la que los profesionales consideran que recaen los cocainómanos son los trastornos psicológicos, siendo estos valores algo superiores en el caso de las mujeres (37,93%). Menos importancia le atribuyen a otros factores como el craving, la baja percepción de riesgo del consumo esporádico, el cansancio de seguir el tratamiento, o los conflictos familiares y de pareja (ver gráfico 30).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 30.

Causas de recaídas en dependientes de cocaína



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

4.3.2. Atención a las mujeres maltratadas

Con respecto al reconocimiento de consumo de cocaína por parte de las mujeres víctimas de maltrato, el 66,66% de los profesionales del área de la violencia manifiesta que las mujeres si que declaran el consumo de cocaína de ellas y/o de sus parejas. El 33,33% restante opina, que si son las parejas las consumidoras, lo manifiestan siempre, mientras que si son ellas las que consumen cocaína, no siempre lo dicen.

Problemas psicológicos frecuentes en mujeres maltratadas

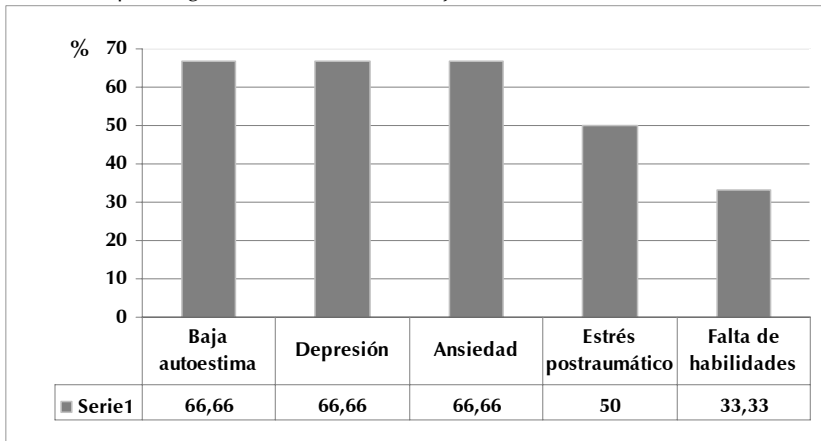
El 66,66% de los profesionales entrevistados piensa que la baja autoestima, la depresión y la ansiedad son trastornos frecuentes entre las mujeres que reciben maltrato. También el estrés postraumático y problemas relacionados con la carencia de habilidades sociales suelen estar presentes entre estas mujeres (ver gráfico 31).

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Gráfico 31.

Problemas psicológicos habituales entre mujeres maltratadas



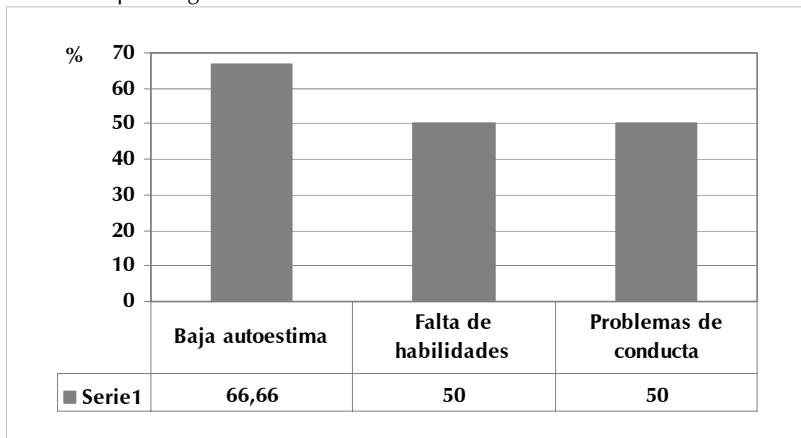
* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Problemas psicológicos frecuentes en hombres maltratadores

En opinión de los profesionales del CM24H, el problema más frecuente de los hombres maltratadores es la baja autoestima (66,66%), seguido de la falta de habilidades sociales (50%) y de problemas de conducta (50%) (ver gráfico 32).

Gráfico 32.

Problemas psicológicos frecuentes en maltratadores



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Capítulo 4.

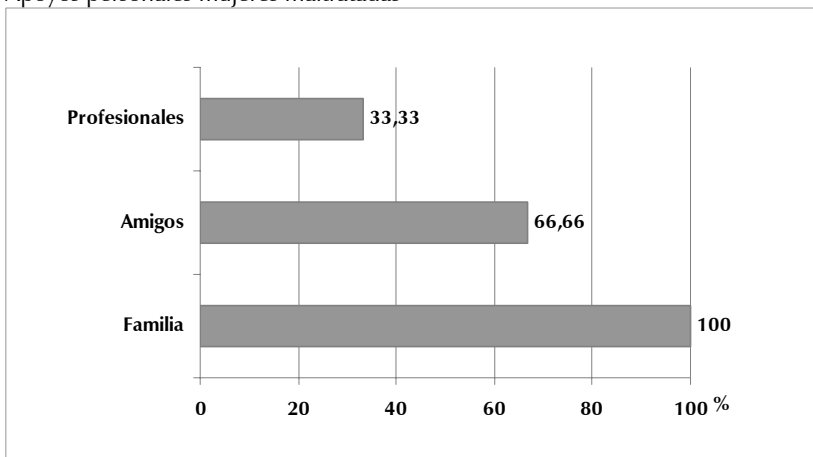
Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Apoyos personales que reciben las mujeres maltratadas

Los profesionales de la violencia consideran que las mujeres víctimas de violencia, se apoyan principalmente en la familia y los amigos (66,66%) y por último, en los profesionales (33,33%) (ver gráfico 33). Los entrevistados apuntan que pese a que la familia es el principal punto de apoyo, frecuentemente ésta no acaba de entender el proceso por el que están atravesando las mujeres maltratadas, por ello, las usuarias consideran a los profesionales como los que mejor las entienden, valorando especialmente el no ser juzgadas por los mismos.

Gráfico 33.

Apoyos personales mujeres maltratadas



* Gráfico con preguntas de respuesta múltiple, por lo que el porcentaje es superior al 100%.

Según algunos profesionales, el apoyo que reciben las mujeres maltratadas, ya sea de la propia familia o de las amistades, procede casi siempre de figuras femeninas (madres, hermanas, primas, amigas...).

Información sobre consumo de drogas

El 100% de los profesionales indaga sobre el consumo de drogas de las mujeres que solicitan protección o asistencia en el CM24H, principalmente porque en muchos casos han de ingresar en algún centro en los que no está permitido el consumo de drogas. El 33,33% de los profesionales también pregunta a estas mujeres sobre los consumos de sus parejas.

Derivación a centros especializados de drogodependencias

Capítulo 4.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cuantitativa

Todos los profesionales de la violencia derivan a las mujeres cuando se detectan consumos de drogas a centros especializados de drogodependencias. Habitualmente se contacta con las UCA o de forma directa o indirecta a través de los centros de salud y, en ocasiones, se contacta con los servicios sociales.

5 capítulo

RESULTADOS.
LA VOZ DE LOS
PROFESIONALES:
UNA PERSPECTIVA
CUALITATIVA

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa



CAPÍTULO 5. Resultados. la voz de los profesionales: Una perspectiva cualitativa

5.1. Consumo de cocaína

5.1.1. Inicio y progresión del consumo de cocaína

La curiosidad es en muchos casos el pasaporte para iniciarse en el consumo de la cocaína, pero también resulta ser un sistema de inclusión en determinados ambientes o de mejorar el comportamiento en dichos lugares. Freud etiquetó a esta sustancia como “quitapesares” por ser una sustancia que tiene la capacidad de aliviar la mente y el alma y crear una sensación de felicidad durante un tiempo determinado, tal vez estas sensaciones iniciales sean parte del atractivo de esta sustancia. La búsqueda de placer, la sensación de tranquilidad y bienestar, la curiosidad por explorar y tener sensaciones nuevas, aparecen como motivos de inicio del consumo cuando los profesionales manifiestan su opinión sobre las posibles causas que motivan el consumo de los cocainómanos.

“...preguntas ¿por qué empezaste a consumir? La primera vez porque su grupo consumía y ¿por qué continuaste? porque me sentía bien. Porque es una persona tímida y la cocaína le desinhibe y está mejor. Funciona mejor en el trabajo y se siente bien. No es un placer, es un bienestar aunque sea temporal.” (G.D)

El consumo de cocaína y la dependencia no obedece a una sola causa, sino que obedece a una combinación de factores personales, familiares y sociales, como superar o aliviar estados de tensión, aburrimiento, depresión, agobio y ansiedad; superar la timidez y la falta de confianza en uno mismo; por la presión

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

que el grupo ejerce; aliviar el malestar emocional; y responder mejor a las exigencias laborales que impone el medio.

“Todas las drogas producen sensaciones que en un momento dado producen unos efectos, y esos efectos en algún momento a esa persona le han supuesto algo que le ha reforzado sus mecanismos dopaminérgicos, y todos sus circuitos de recompensa se han puesto en funcionamiento. ¿Qué ocurre? ¿Qué entendemos por mecanismos de recompensa? Pues que a lo mejor, que un chiquito es bien aceptado en su grupo o que un chaval pues se siente más fuerte, vigoroso... porque se ha puesto de coca. O un tío que está pasando una mala época y se mete... y resulta que le provoca una sensación que le alivia ese momento desagradable, quieras que no, hay un alivio de malestares y hay una proporción de pequeño placer. Se aprende el uso de esa sustancia como un mecanismo para resolver conflictos, estar a gusto, sentirse bien...” (G.D)

“El chaval piensa: me embriago y se me pasa de momento todo el sufrimiento que me causa el día a día. Con cocaína... ligo más, trabajo más... Los efectos de la cocaína no son tan destructores, no me dejan tan amodorrado...” (G.D)

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 por la propia atracción sexual.

“El papel que se le ha atribuido a la cocaína de que es un potenciador... (sexual) no es cierta. Es un anestésico local, hay gente que se la pone...y tarda en eyacular...” (G.D)

Tras un consumo inicial de cocaína muchas personas pueden detenerse por la ansiedad que puede llegar a producir, por miedo a perder el control o las posibles consecuencias personales, familiares, legales o médicas. Sin embargo, otras personas continúan el consumo y pasan de ser consumidores experimentales a dependientes, y es en este momento cuando la persona tiene la necesidad de consumir cocaína de forma continuada o periódica, para evitar los efectos psíquicos o físicos negativos producidos por el síndrome de abstinencia. La evolución del consumo crónico lleva a que el consumidor comience a experimentar los efectos antagónicos a los que en un principio deseaba, en ese momento la cocaína pasa de ser una sustancia ligada a la vida recreativa o a la socialización, a ser una sustancia de consumo solitario, oculto, en el que la

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

constante es el sentimiento depresivo, la inhibición, el retraimiento social y, en muchas ocasiones, las ideas paranoides.

“El mayor placer de un adicto es proporcionarse una nueva dosis... Ya no tiene una justificación lúdica.” (G.D)

Es un hecho que los consumidores regulares progresan hacia el consumo compulsivo y les resulta difícil dejar de consumir una vez que han comenzado, a pesar de las consecuencias adversas recurrentes y más o menos graves. Para un porcentaje menor de consumidores crónicos, la cocaína llega a ser la motivación prioritaria que subordina cualquier otra actividad o intención, y se desarrolla un patrón de consumo excesivo y un ciclo crónico de problemas psicosociales asociados.

Todavía no se conocen las variables que determinan la progresión del uso al abuso y de éste a la dependencia (Bolla et al., 1998), pero según Van Etten y Anthony (1999) entre un 10 y un 15% de los consumidores regulares de cocaína desarrolla una dependencia a la misma. En opinión de los profesionales, la progresión en el desarrollo de la dependencia a la cocaína alterna el refuerzo positivo y negativo de forma intermitente, afianzando cada vez más esta dependencia.

“Yo creo que son dos tipos de refuerzo. El positivo porque consiguen algo positivo y el negativo porque se alivian un malestar” (G.D)

Los pacientes dependientes de cocaína suelen presentar de 1 a 4 episodios de consumo por semana, separados entre sí por cortos períodos de abstinencia. Esta intermitencia, es muy importante a la hora de entender la dependencia de la cocaína (Evans, Haney, Fischman & Foltin, 1999), pues en opinión de los profesionales, la intermitencia del consumo resta importancia al problema y contribuye a que los cocainómanos no reconozcan o tarden en reconocer el problema de su adicción.

“Llegar a adquirir conciencia de que se tiene una adicción a cocaína, cuesta.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

5.1.2. Normalización del consumo de cocaína

En los últimos años, se viene observando un aumento del consumo de cocaína, sobre todo en franjas juveniles, unido a una frecuente aparición de noticias sobre la legalización de diversas sustancias y sobre los potenciales terapéuticos del cannabis. También se viene observando el mantenimiento de una serie de patrones de consumo entre los jóvenes, como el policonsumo recreativo, centrado en el alcohol y en fines de semana, y los consumos realizados en la calle. Todos estos hechos están llevando a que se mantenga la tendencia hacia la "normalización" de los consumos, los cuales se perciben como más próximos, menos lesivos y más aceptables, debido principalmente a que el perfil de los consumidores aparece socialmente más integrado.

"... la cocaína es una droga totalmente socializada, como es el cannabis, querámoslo o no. El acceso es tan sencillo como ir al estanco a por cigarrillos."
(G.D)

La cocaína ha pasado de ser una sustancia identificada con una determinada clase social bien posicionada económica y socialmente, que no tenía nada que ver con drogas como la heroína, considerada de marginados sociales, a ser una sustancia omnipresente en el panorama del consumo de drogas en nuestro país. En su evolución social se ha ido expandiendo en los distintos estratos sociales y se ha ido incorporando al policonsumo con distintas variables tanto en la vía de administración como en la asociación a otras drogas y redes de distribución, causando diferentes problemas según el marco de distribución, el tipo de población consumidora y la vía por la que se administra.

"Además piensa que quien reintrodujo la cocaína ha sido la clase yuppie, poderosa, económicamente fuerte, donde se daba en fiestas y la cocaína figuraba como un regalito más. Lo único que pasa, es que se ha socializado este tipo de consumo, se ha banalizado, se han ido generando problemas clínicos, familiares, etc." (G.D)

Otro factor a tener en cuenta es la casi nula criminalización que el consumo de cocaína tiene desde el punto de vista social, lo que ha originado una mayor permisividad, una red de distribución distinta y, por lo tanto, una mayor disponibilidad.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“En este momento está distribuida en cualquier parte de nuestra sociedad, la puedes encontrar donde quieras. En un pub ves como la gente sale resfriada del cuarto de baño. En un bar la gente tiene problemas nasales...” (G.D)

La cocaína aún conserva esa imagen de sustancia de cierto nivel social, asociada al uso recreativo, sobre todo, cuando la vía de administración es esnifada. Los consumos se reservan para momentos ceremoniales y festivos, como navidades, fiestas, vacaciones, despedidas de soltero, cumpleaños, bodas... Todas estas ocasiones se vinculan a unas expectativas de diversión, y la cocaína es un refuerzo que ayuda a cumplir con estas expectativas.

El consumo del fin de semana vinculado a la diversión, los amigos, la fiesta y la vida social, dificulta en ocasiones la percepción del problema, pues la frecuencia es quizás la que delimita el peligro en la percepción del los consumidores, y muchos de ellos por el hecho de consumir solamente durante el fin de semana y ocasiones festivas consideran que no tienen ningún riesgo de tener problemas de drogadicción.

“La cocaína es la sustancia que más se utiliza en población normalizada en ambiente lúdico-recreativo...” (G.D)

Si bien, cuando se trata de cocaína en forma de *crack*, pierde este carácter. La misma sustancia antes percibida con cierta normalidad y consumida por todo tipo de personas, adquiere una condición de marginalidad, de trasgresión de la norma y de ilegalidad, más propias de los consumidores más cercanos a los clásicos “yonkees”.

“Crack, la cocaína de los excluidos sociales...” (G.D)

“...el patrón de consumo que vemos en personas excluidas sin techo en la calle que consumen crack...” (G.D)

“Estamos hablando de un consumidor muy similar a lo que era el heroínmano de hace años.” (G.D)

Los profesionales consideran que la cocaína se está consumiendo cada vez más y con menos sanción social, la percepción de peligro disminuye y se consume de una forma más natural. La normalización facilita el inicio precoz del consumo y aumenta la prevalencia, retrasa que la gente pida ayuda, y al tiempo,

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

dificulta que los programas preventivos consigan sus objetivos, puesto que éstos funcionan mejor cuando van a favor de la opinión mayoritaria.

5.2. Violencia y consumo de cocaína

5.2.1. Relación entre cocaína y violencia

La mayoría de las drogas de abuso pueden provocar conductas violentas (Sinha & Easton, 1999), aunque los mecanismos de acción sean diferentes. La sustancia más estudiada ha sido el alcohol, pero el desarrollo de conductas violentas también se ha puesto de manifiesto con otras sustancias como las anfetaminas, la cocaína o los alucinógenos (Nurco, Ball, Shaffer & Hanlon, 1985). La cocaína puede producir conductas violentas bien por una intoxicación, o bien por los episodios de psicosis paranoide subsiguientes.

“La cocaína produce violencia, produce agresividad y produce conductas alteradas que pueden repercutir sobre otras personas...” (G.D)

“Son exponenciales, a veces tranquilamente un chico que no ha tomado mucha cocaína, pero ha mezclado la sustancia con otras drogas y tiene un ataque, o un brote psicótico...” (G.D)

El consumo de cocaína puede predisponer a no controlar la agresividad. Si bien el consumo de cocaína no es una causa directa del desarrollo de la violencia, se puede considerar como un factor desencadenante de la misma, ya que uno de los principales factores facilitadores de las conductas violentas es el consumo de drogas. Enmarcándose así dentro del modelo psicofarmacológico, pues se establece que a raíz de la ingestión de determinadas sustancias, en este caso cocaína, se manifiestan conductas violentas. Se habla de una *violencia inducida*.

“...violencia y abuso...yo lo reduciría a lo que es un síndrome general de desviación, las dos cosas juntas, las dos se autopotencian.” (G.D)

“Claro que la sustancia es tremenda, le puedo dar algunos casos que he visto, en concreto recuerdo aquel parricidio de X. Mató a los tres hijos y a su mujer y no había tenido ningún brote violento anteriormente.” (G.D)

“El cocainómano cuando se pone violento no distingue de mujeres, de hombres ni de homosexuales.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

La causalidad del binomio cocaína-violencia resulta difícil de determinar, pues no tiene sentido examinar la relación entre droga y violencia desde planteamientos causa-efecto directos, ya que otras variables (familiares, grupales, personales, etc.) son explicativas de ambos fenómenos y, por tanto, responsables de la relación. Debido a esta complejidad de la relación entre el consumo de cocaína y el desarrollo de conductas violentas hay diferentes matices, pues en opinión de los expertos, la cocaína puede potenciar el desarrollo de las conductas violentas en sujetos con personalidades con cierta predisposición hacia la misma.

“La cocaína, evidentemente acentúa comportamientos y personalidades que de por sí ya tenían tendencia a la violencia...” (G.D)

“Cuando hay un abuso de cocaína por parte del agresor, se potencia todo eso. Personas que ya sin cocaína tienen mucha tendencia a sentirse iracundos, rabiosos, frustrados, vacíos..., la cocaína les potencia todos esos rasgos y les saca fuera esa agresividad...” (G.D)

Los profesionales participantes, reconocen una peligrosa mezcla de alcohol y cocaína para el desarrollo de conductas violentas, y concretamente en la violencia física del hombre dirigida hacia la mujer.

“La cocaína esnifada va muy unida al consumo de alcohol, entonces ¿qué es lo que genera la violencia?, habría que hacer un estudio más serio... Es muy difícil saber qué viene de qué. Pero cuando hay violencia por parte de las parejas, la violencia sexual va muy unida a la violencia física, del hombre hacia la mujer. Por lo menos de la muestra de mujeres que han pasado en estos tres años por la unidad...” (G.D)

“...ahora no me acuerdo porque el año pasado saqué los datos, pero estábamos hablando de un 40 o 50% de casos en los que los agresores tenían un consumo de alcohol y cocaína.” (G.D)

Es importante destacar que la combinación del consumo de alcohol y de cocaína supone una de las politoxicomanías más prevalentes en España (Delgado & Torrecilla, 2001). Entre un 60% y un 85% de los consumidores habituales de cocaína consumen simultáneamente otras sustancias psicoactivas de forma habitual (McCance-Katza, Kosten & Jatlow, 1998), siendo el alcohol la sustancia más consumida. Lesswing y Dougherty (1994) observaron que en torno al 40% de los consumidores de cocaína consume alcohol frecuentemente.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Los efectos generados por el uso conjunto de ambas sustancias son desinhibidores de la conducta que favorecen la impulsividad, la disminución de la capacidad de juicio y la explosividad del sujeto. El consumo de cocaína combinada con etanol predispone hacia la violencia a través de un incremento de la irritabilidad, la agresividad, la disforia y la paranoia, siendo además importante que las circunstancias puedan ser favorables para el desarrollo de dicha violencia.

Son múltiples los estudios que confirman que la combinación de alcohol y cocaína incrementa las probabilidades de desarrollar pensamientos y conductas violentas (Yu & Williford, 1994; Pennings, Leccese & Wolff, 2002; Tardiff, Marzuk, Lowell, Portera & Leon, 2002).

Varias investigaciones han puesto de manifiesto que los principales factores de riesgo de las conductas violentas son los trastornos mentales, el abuso de sustancias o la coexistencia de ambos (Mulvey, 1994; Swanson, Estrofa, Swartz & Borum, 1997; Wallace et al., 1998). Los estudios consultados confirman la relación existente entre los trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias y desarrollo de conductas violentas, y así lo afirman los profesionales del área entrevistados.

“Una persona puede tener un trastorno límite de personalidad, un trastorno antisocial o ser un esquizoide o un paranoide, no como un enfermo, sino como una manera de ser o de actuar, y si le metes cocaína es como si le metes mecha a un barril de pólvora. Entonces claro, te sale la conducta violenta, la conducta tensa, la conducta agresiva y si encima te vas a un consumo de mucho tiempo, te sale ya la conducta paranoica. Es decir, el recelo hacia el otro, y claro la violencia puede desatarse en el momento que crea que le mires mal, que le persigues...” (G.D)

Pero todavía no se han establecido las razones que puedan justificar la mayor incidencia de conductas violentas en pacientes con patología dual (Soyka, 2000), y tampoco se han explicado el por qué ciertos factores están más relacionados con el desarrollo de estas conductas, como el hecho de ser hombre, o el abuso de sustancias. Aunque en el caso de la cocaína está más claro, pues esta sustancia exacerba la sintomatología psicótica, y las ideas persecutorias se asocian a respuestas violentas.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“Y la gente parece que no se entera de que es una droga absolutamente destructiva... que genera unos trastornos mentales que acaban mal, siendo agresores incluso sin motivación. Gente que ante una mala mirada o lo que interpreta como una mala mirada, te echa las manos al cuello porque eres su peor enemigo...” (G.D)

Swartz et al. (1998) explican la interrelación entre trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias y conductas violentas, indicando, entre otras razones, que el abuso de sustancias desinhibe la conducta agresiva y que la búsqueda de sustancias de abuso aumentan los conflictos interpersonales.

5.2.2. Violencia y género

Los hombres y mujeres consumidores de cocaína se encuentran con frecuencia en situaciones de violencia propiciadas por la irritabilidad inducida por la sustancia. Es habitual que la mujer consumidora de cocaína tenga como pareja a otro consumidor, manteniéndose relaciones muy destructivas por los efectos que estos consumos provocan a largo plazo, y que se caracterizan por irritabilidad, agresividad, impulsividad, depresión, y ansiedad (Delgado & Torrecilla, 2001). Pese a que los efectos de la cocaína pueden provocar conductas violentas tanto en hombres como en mujeres, existe una diferencia clara en la forma de expresarlas por unos y otros, existiendo una proporción mucho mayor de hombres que de mujeres que desarrollan conductas violentas, y los profesionales aluden a factores educativos y sociales.

“Depende si estamos hablando de cocainómanos o cocainómanas, bajo mi punto de vista, yo creo que está un poco socializado de distinta forma y no podemos responder de la misma forma aunque haya una sustancia.” (G.D)

“Yo incluso distinguiría. Yo creo que estamos socializados de forma distinta, que nos han dicho cuáles son los lugares que tenemos que ocupar en la sociedad de forma distinta y esto aunque haya una sustancia que pueda ser super potente (cocaína), yo creo que los comportamientos no son los mismos...” (G.D)

Desde los orígenes de la humanidad, la división de papeles entre los sexos se fundamentaba en la fuerza física del hombre y en la función reproductora de la mujer. La caza, la defensa del territorio o del clan, y la conquista de nuevos territorios eran tareas típicamente masculinas que requerían de la violencia y la destreza en su uso. Tanto es así, que la habilidad en el uso y

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

gestión de la violencia es uno de los elementos de formación de la masculinidad, que se ha venido desarrollando a través de múltiples ritos de iniciación en forma de deportes, peleas, servicio militar, o guerras.

En opinión de los expertos, los hombres y las mujeres experimentan efectos sobre su organismo que predisponen y provocan mayor desinhibición conductual, irritabilidad y violencia, pero debido a factores educacionales los hombres están más “predispuestos” a mostrar dicha violencia.

“¿Qué pensáis: es violenta la mujer o es más violento el hombre? Los porcentajes que te encuentras son 85% hombres y 15% mujeres.” (G.D)

“Había alguna mujer, muy poquitas. Se notaba el período de abuso o de consumo, en períodos de conducta violenta, incluso en otro tipo de conductas, conductas de riesgo, agresivas...” (G.D)

La violencia masculina se produce en un contexto cultural e histórico sexista, que favorece la transmisión de modelos y valores culturales diferentes para mujeres y hombres, favoreciendo la aparición de conductas masculinas violentas basadas en una supuesta superioridad.

“A los hombres los han socializado para la guerra, para ganar, eso va totalmente ligado a la violencia.” (G.D)

“...pienso que no es placer lo que siente el agresor, es simplemente hacer daño por hacer daño y con la conciencia bastante clara de que él domina...” (G.D)

Hacia quién va dirigida la violencia

Como se ha comentado previamente, pese a que la cocaína puede provocar conductas violentas tanto en el organismo femenino como masculino, existen diferencias en la expresión de dichas conductas y también hacia quién van dirigidas. Generalmente, el hombre es el agresor y la mujer la víctima de esta agresión. El hombre que maltrata a su mujer ha aprendido a través del proceso de socialización que la violencia es una forma de conseguir el control y dominar a la mujer, y pese a la influencia del consumo de cocaína hay que tener en cuenta todos los factores sociales y educativos que intervienen en el maltrato de la mujer, como la influencia de la relación desigual entre hombres y mujeres, la persistencia de un patrón social que mantiene un sistema de relaciones de género que

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres, y la aceptación, hasta hace relativamente poco tiempo, de que los hombres utilizaran la violencia para afianzar la autoridad. Por lo que, independientemente de que el hombre haya consumido cocaína o no, el principal factor de riesgo para la violencia contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer.

“Pero hay una vinculación entre lo que es la droga y la pareja. Pienso que en general los casos que nos han llegado a nosotros son (la mujer) más víctimas que generadoras de violencia, aunque en muchos de los casos son violentas o agresivas.” (G.D)

“...la coca está relacionada con la violencia de género, eso os lo puedo asegurar.” (G.D)

Hay que señalar que muchas de las mujeres que han sido víctimas de violencia durante su infancia o adolescencia son, en la actualidad, consumidoras de cocaína y continúan recibiendo maltrato por parte de sus parejas, perpetuando así su situación de víctima con el riesgo que ello implica para su integridad física y emocional.

“...yo trabajo en una unidad que es específica de mujeres (drogodependientes) y la mayoría ha sufrido maltrato a lo largo de su vida, bien en la infancia o bien en la época adulta por alguna pareja...” (G.D)

El maltrato de una mujer también supone un maltrato indirecto hacia los hijos, pues es habitual que éstos presencien el maltrato de su madre (O’Conner, 1995). Los hijos son las víctimas indirectas del maltrato de las mujeres y sufren sus consecuencias, pues tienen mayor riesgo de sufrir una cantidad importante de problemas emocionales y de conducta, como ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física (Edleson, 1999). Una forma más directa de violencia hacia los niños es el propio maltrato infantil que puede ser de tipo físico, sexual, emocional o descuido. Los profesionales indican cómo la mujer suele ser víctima de la violencia del hombre, siendo poco frecuente que ocurra a la inversa, pero sí existiendo una mayor probabilidad de que ésta dirija su violencia hacia sus hijos.

“Luego están los hijos, que sufren muchas veces la agresividad de los dos padres [padres]. Porque ella quizás no es agresiva con el padre, pero con el niño...” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Existen estudios que indican un mayor maltrato por parte de las madres que de los padres independientemente del consumo de sustancias (Sariola & Uutela, 1992; Vargas et al., 1995; Tang, 1998; Hunter, Jain, Sadowski & Sanhueza, 2000), aunque se debe puntualizar que los hombres son los causantes de la mayoría de las lesiones mortales (Jenny, Hymel, Ritzen, Reninert & Hay, 1999).

El maltrato por descuido se produce cuando uno de los padres o ambos no brindan las condiciones apropiadas y propicias para el niño, no tomando medidas para promover su desarrollo en el área de la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo o las condiciones de vida seguras, teniendo efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del hijo. En opinión de los profesionales este tipo de desatención es habitual entre los cocainómanos.

“Y la desatención terrorífica, ni las necesidades primarias cubiertas. El niño no come, no le duchan, no le hablan.” (G.D)

Existen múltiples factores que predicen el maltrato de menores, como la estructura familiar, pues en familias jóvenes, desempleadas, desestructuradas, con bajos niveles educativos y problemas económicos es más probable que se produzca maltrato infantil (Sariola & Uutela, 1992; Zununegui, Morales & Martínez, 1997; Dubowitz & Black, 2001); también el hecho de que los padres fueran maltratados en su infancia (Ertem, Leventhal & Dobbs, 2000), influye en el desarrollo de conductas violentas hacia los hijos. Entre otros factores destaca el valor predictivo del abuso de sustancias psicotrópicas, como la cocaína, en el maltrato de menores (Frias-Armenta & McCloskey, 1998; Klevens, Bayón & Sierra, 2000). Pero pese a que el consumo de drogas entre los padres incrementa la probabilidad de que éstos maltraten a sus hijos, sería necesario realizar otros estudios donde se distinguieran con claridad el consumo de drogas con problemas que van muy asociados al mismo, como la pobreza, los problemas de salud y los trastornos mentales.

Codependencia/bidependencia

El término codependencia se refiere a cualquier dependencia relacional, aunque dicha acepción tiene su origen en la descripción del vínculo patológico que caracteriza la relación de ciertos allegados a abusadores de drogas, comúnmente familiares de primer orden y, sobre todo, parejas.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que un sujeto siente hacia otro a lo largo de su relación de pareja. La mujer que depende emocionalmente de su pareja, se encuentra en una relación desequilibrada, y se caracteriza por la baja autoestima, el miedo a la soledad y la idealización exagerada de ciertas personas con una personalidad fuerte. Las parejas de estas personas se convierten en el centro de la relación, los dependientes adoptan una posición sumisa, que es explotada y despreciada por éstos. Este desprecio supone todo tipo de humillaciones, que el dependiente tiene que soportar para mantener la relación, generándose un desequilibrio en la pareja (Castelló, 2005). Este mismo autor también señala que la dependencia emocional ha sido sugerida para explicar el comportamiento de algunas mujeres víctimas de violencia de género y para fundamentar la posesividad de los maltratadores. Pero hay que diferenciar esta dependencia emocional con la *bidependencia*, este concepto lo suelen manejar los profesionales de las adicciones, concedores de la existencia de una patología relacional sobreañadida a la meramente adictiva.

“Hay una sumisión enorme de la mujer hacia la pareja en muchísimos casos, y una dependencia emocional enorme, y el hecho de que el otro sea el adicto, hace que la mujer normalmente tenga un doble enganche. Es como si su dependencia emocional a la sustancia y a la pareja, fueran la misma cosa...” (G.D)

La bidependencia o doble dependencia es una forma particular de dependencia relacional que pueden presentar sujetos adictos a sustancias, la mayoría de las veces son mujeres, y consiste en un hábito relacional acomodaticio donde la relación del bidependiente con el sujeto del que depende, se parece sobremanera a la que mantenía con la droga, extrapolándose aspectos tales como: la necesidad imperiosa del otro, la reiterada búsqueda de estimulación, el delegar o evitar responsabilidades con autoanulación y disolución de su personalidad en la del compañero, y mantener un estrecho y peculiar espacio de intimidad que sólo comprende el bidependiente y, en ocasiones, su pareja.

“Hay mujeres que mantienen el consumo de su pareja, incluso que no saben inyectarse y es su pareja la que les inyecta, dependen de él aunque ellas consigan el dinero, dependen de él para que les inyecte, por ejemplo.” (G.D)

La bidependencia es un fenómeno persistente y se manifiesta incluso cuando la mujer ya está curada, por lo que supone un importante factor de riesgo de recaída. Existe una gran dificultad para consolidar la abstinencia debido a que las recaídas suelen ejercer un papel de unión y olvido de malos tiempos pasados con sus parejas consumidoras.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Cocainómanas y víctimas de la violencia

En ocasiones, se ha planteado la pregunta de si algunas mujeres víctimas de violencia consumen drogas o son las consumidoras de drogas las que por su estilo de vida pueden estar en mayor riesgo de ser maltratadas por los hombres. Los estudios afirman que tanto el maltrato como la drogodependencia son síndromes, al no poderse determinar una única causa ya que se entrecruzan factores de índole genético, social, familiar, laboral, educativo y emocional. Incluso se encontraría una interacción entre las manifestaciones de la adicción y el maltrato.

Las drogodependencias hacen más vulnerable a la víctima, por lo tanto las mujeres que abusan de drogas son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica (Millar, Downs & Gondoli, 1989). También existe evidencia de que la dependencia a las drogas de las mujeres puede ser consecuencia del maltrato recibido. El consumo de algunas mujeres guarda relación con las teorías de la automedicación, siendo la finalidad fundamental del consumo el procurar aliviar alguna molestia (Martin & Bryant, 2001). El maltrato predispone a la adicción a la víctima, y las mujeres maltratadas pueden presentar, como consecuencia del maltrato, un comportamiento autodestructivo como la automedicación y el abuso de drogas.

“Sí, me he encontrado muchas mujeres adictas al alcohol en su casa, y desde luego adictas a todo tipo de pastillas, tranquilizantes, que debo decir son recetados por los médicos de cabecera tranquilamente, ‘usted tome’ y las tienen ahí 10 años. La semana pasada tuve una señora que se tomaba tres tranquimacines diarios y jamás se le ocurrió a su médica de cabecera buscar qué había detrás de ese consumo...” (G.D)

Estas mujeres son más proclives a recibir tratamientos farmacológicos y a empezar a ser dependientes de tranquilizantes, sedantes, estimulantes y analgésicos. El abuso de sustancias tóxicas de carácter adictivo puede surgir como una estrategia para hacer frente a la situación de violencia, para afrontar su miedo e ira, y para poder continuar con su vida diaria.

“Lo único que hacemos con todo este tipo de cosas es que ella con toda esa medicación puede aguantar un poco mejor ‘el tema’ [maltrato]...” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Si se analiza este fenómeno en mayor profundidad, se puede observar que, por una parte, la automedicación puede bloquear los síntomas del estrés postraumático, así como de otro tipo de respuestas psicopatológicas (Walker, 1994); y, por otra, la cantidad de consumo de estas sustancias guarda relación con la gravedad de la violencia sufrida y con el grado de amenaza percibido, a mayor gravedad de la violencia sufrida, mayor es el consumo (Clark & Foy, 2000). Pero la lectura más importante que hacen los entrevistados al respecto, es la necesidad de que los profesionales del área sanitaria busquen los motivos reales por los que estas mujeres toman ciertos medicamentos por períodos tan extensos de tiempo.

5.2.3. Violencia contra la mujer

Hasta hace pocos años, la violencia de género en el ámbito familiar se consideraba como un asunto privado que pertenecía a la intimidad de la familia y no debía declararse al resto de la sociedad (Villavicencio, 1993), y tampoco la mujer víctima de la violencia se percibía como tal. Pero hoy en día, es evidente que la violencia contra la mujer es un problema que afecta a toda la sociedad y es muy diferente de otro tipo de violencia social, puesto que ocurre en la intimidad de los hogares y a menudo proviene de la pareja o ex pareja. Los maltratadores suelen ser hombres no violentos en público pero que utilizan la amenaza y el abuso para ejercer control y poder sobre las mujeres con las que mantienen o han mantenido relaciones de pareja. El contexto íntimo y cercano donde tiene lugar este tipo de violencia le confiere una peligrosidad y gravedad añadidas.

“Yo creo que hay que matizar de qué tipo de violencia estamos hablando, no porque una sea más grave que la otra, aunque yo sí que considero que es más grave la violencia de género, o la que ocurre en tu casa, porque es el lugar donde a uno le cuidan, le quieren y allí es donde se produce la violencia.” (G.D)

Desde una posición externa y objetiva, resulta difícil entender el cómo y el porqué una mujer es capaz de soportar durante años un maltrato físico y psicológico. Pero un conjunto de factores se conjugan entre sí para sustentar en el tiempo esta situación, como son la dependencia económica, la creencia de que un divorcio es perjudicial para los hijos, la reacción de la familia, preocupación por el entorno social más cercano, etc., pero sobre todo, la dependencia emocional, la creencia de sumisión del hombre sobre la mujer y la idea irracional de que “él cambiará”, juegan un papel fundamental. Incluso cuando la mujer se da cuenta de que este cambio no se dará, no suele denunciar su situación, pues sigue teniendo la esperanza de poder llegar a un acuerdo sin intermediarios, ni consecuencias negativas para la que ha sido su pareja hasta el momento. Además,

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

la percepción de indefensión en estos casos es muy alta y junto con el estado de ánimo depresivo, ansiedad y miedo, la mujer acaba por no denunciar la situación.

“Lo que me encuentro con las mujeres principalmente es que no quieren denunciar, las cosas las quieren arreglar a buenas. Eso es lo que yo me encuentro todos los días.” (G.D)

“...ellas están preocupadas por la suerte del agresor.” (G.D)

Otra de las razones por la que las mujeres no denuncian a sus maltratadores es por su sentimiento de culpa. El hecho de consumir cocaína provoca en ellas un malestar y la creencia de que realmente deben ser castigadas.

“Hay mujeres que ni se lo plantean, tienen ese sentimiento de culpa todavía más interiorizado por el hecho de ser consumidoras en activo y aguantan muchísimos malos tratos psicológicos.” (G.D)

Además de la falta de denuncias por parte de muchas mujeres en riesgo, también es frecuente encontrar problemas de legislación para proteger a las mujeres, y no es extraño observar cómo hombres con órdenes de alejamiento acaban agrediendo de nuevo a la denunciante, siendo en algunas ocasiones un ataque mortal.

“Vas conociendo porqué los incumplimientos de las órdenes de alejamiento responden a un perfil determinado. Éste incumple la orden de alejamiento, y te equivocas muy pocas veces.” (G.D)

“...el juez se va tranquilo a casa. La mujer se va a su casa pensando, que en la esquina está él...” (G.D)

“Casi todos los que han matado a las parejas, han incumplido órdenes...” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

5.3. Tratamiento de la drogodependencia y la violencia

5.3.1. Recursos asistenciales en la Comunidad Valenciana

En opinión de los profesionales, la mayoría de los dependientes de cocaína pueden ser tratados eficazmente en programas ambulatorios, además el tratamiento ambulatorio resulta menos costoso y es mejor aceptado por los pacientes porque genera una menor irrupción en su vida diaria (Ball & Ross, 1991). El tratamiento ambulatorio puede variar en mayor o menor medida dependiendo de las necesidades del paciente, pero en general se lleva a cabo a través de varios contactos semanales, que incluyen terapia de grupo, terapia individual y también se dota de ayuda a los familiares y/o parejas. Además, se realizan contratos terapéuticos y controles de orina periódicos. En opinión de Gold (1997), estos contratos y controles periódicos son esenciales para el buen funcionamiento del tratamiento, y Solé (2005) considera que los controles de orina para detectar el consumo de cocaína y otros metabolitos tienen una finalidad terapéutica muy positiva en la medida en que el consumidor lo acepte.

El tratamiento ambulatorio en la Comunidad Valenciana se realiza concretamente en las UCA, donde los profesionales realizan una evaluación completa del caso y de sus implicaciones médicas, psiquiátricas, sociolaborales y legales. Las UCA tienen como objetivo básico la asistencia sanitaria a las drogodependencias y otras adicciones. Se configuran como unidades de apoyo a los equipos de atención primaria, así como de referencia para el tratamiento de patologías de dependencia o cualquier tipo de droga, dentro del área de salud a la que pertenecen. Son pues, el recurso primario de atención sanitaria a las drogodependencias y otros trastornos adictivos dentro del sistema sanitario público valenciano.

“La cocaína genera una dependencia, obviamente sí. ¿Cómo se aborda este asunto? Como cualquier otra drogadicción... ¿Qué se hace habitualmente? Dentro del sistema público general de asistencia, está la oferta de las unidades de conductas adictivas. Red asistencial que está formada habitualmente por médicos, psiquiatras, psicólogos, etc...” (G.D)

“...quien tiene que volver a ser responsable social, médica y sanitariamente es la UCA. La responsable del abordaje de esa persona, tanto en el momento que está en nuestra unidad, como en el programa ambulatorio, como en la vivienda tutelada, como cuando esa persona está bien.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Washton (1986) considera que el tratamiento psicosocial ambulatorio intensivo, es decir con una frecuencia superior a una vez por semana, centrado en la abstinencia, constituye uno de los planteamientos más adecuados. Un programa ambulatorio comprensivo para ser efectivo debe incluir estrategias terapéuticas individuales, grupales y de apoyo a los familiares, además de un lugar para la educación en drogas. Los profesionales destacan la amplia atención ofrecida a los usuarios, pues se aborda el problema a través de los psicofármacos y simultáneamente se ahonda en aspectos psicológicos relacionados con su contexto relacional más cercano.

“¿Qué se hace allí? Un abordaje lo más comprensivo posible, es decir, lo que supone la conducta, el trastorno de relación, las alteraciones mentales, todo lo que supone un conflicto, pues obviamente primero se aborda desde un punto de vista digámosle desintoxicador, más luego un segundo punto de vista que puede ser absolutamente paralelo, que es la actuación psicológica de la persona y sobre el entorno, la familia, y la pareja.” (G.D)

Sáiz et al. (2005) consideran necesario controlar el ambiente de aquellos pacientes con circunstancias poco favorecedoras para la recuperación. Habitualmente en los tratamientos ambulatorios y en mayor medida en los tratamientos hospitalarios, se utilizan psicofármacos que alivian los síntomas de la abstinencia y los deseos de consumo.

La APA (1997) considera que el tratamiento farmacológico no se indica como medida inicial en muchos pacientes, pudiendo estar indicada para aquellos que se encuentren en situación de mayor gravedad o que no responden a la terapia psicosocial.

Los profesionales opinan que las UDH (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria) o las unidades psiquiátricas en caso de que los pacientes padezcan problemas psiquiátricos graves, y las UDR (Unidades de Deshabitación Residencial) son los recursos más adecuados para los dependientes de cocaína que necesitan de una atención médica más intensa.

El tratamiento hospitalario resulta necesario en algunos casos, como en aquellos pacientes donde el ambiente y características particulares de su dependencia obligan a realizar el tratamiento en un contexto más controlado. Bajo ciertas circunstancias puede ser recomendable realizar el tratamiento en un dispositivo hospitalario, estas circunstancias son que el paciente consuma crack, cocaína base o que consuma por vía intravenosa; si la dependencia es concomitante con otras drogas o alcohol; si existe sintomatología orgánica o

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

psíquica severa; cuando padece una afectación severa del funcionamiento psicológico o neurológico; en ausencia de un soporte psicosocial adecuado; si la motivación es insuficiente para un tratamiento ambulatorio; ante la negación del problema; y/o si se ha fracasado en intentos ambulatorios previos.

“Dentro del sistema público general de asistencia, está la oferta de las unidades de conductas adictivas... que abordan ese tema como primera barrera, como primer punto de abordaje. Cuando las situaciones suponen un verdadero conflicto, por decirlo de alguna manera, se pasaría a la intervención hospitalaria, quizá más especializada en un entorno más protegido. La unidad de desintoxicación hospitalaria o unidades psiquiátricas, se recomiendan cuando los conflictos que produce la cocaína en ese personaje, son conflictos donde se implica la salud mental de una manera grave. Por último, un abordaje mucho más psicológico, mucho más de protección, serían los centros de día o unidades de deshabitación residencial...” (G.D)

En la Comunidad Valenciana también se cuenta con las Unidades de Prevención Comunitaria (UPC), un recurso que perteneciendo a una corporación local, desarrolla actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y, por lo tanto, los problemas asociados a éste. Así como, promover hábitos de vida saludable y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas. Las principales funciones de la UPC son: realizar y coordinar programas preventivos de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito escolar y comunitario, y en especial aquellos que se desarrollen o promuevan desde la Dirección General de Drogodependencias; evaluar las necesidades y definir los factores y grupos de riesgo; y asesorar y formar en el área de drogodependencias a padres y familiares de drogodependientes y a jóvenes en riesgo. Este recurso se dirige a la población general a través de colectivos específicos, y en especial a los padres y educadores, preadolescentes y adolescentes, asociaciones de carácter juvenil, vecinal, cultural y educativo, y profesionales de distintos ámbitos que por su desempeño laboral mantienen una relación directa con colectivos de jóvenes consumidores de drogas o en situación de riesgo de consumo. Los profesionales destacan la labor de este recurso entre los menores de edad y entre aquellos jóvenes que pese a tener una problemática con el consumo de drogas no asisten a tratamiento.

“Las unidades de prevención comunitaria son lugares donde hay psicólogos y en muchos casos se hacen cargo de los menores por lo menos a niveles de orientación, se hace con ellos una intervención personal, psicológica, familiar y a veces eso es motivo suficiente para que no tengan que llegar a unidades más especializadas.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“... ¿Qué hago con mi hijo? Porque no si los chavales no quieren ponerse en tratamiento, no sabemos hasta qué punto puede resultar un problema. Normalmente derivamos a las UPC si son de pueblo o al plan municipal de drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia.” (G.D)

La labor de la UPC es fundamental, pues promueve actuaciones que tienen por objeto la prevención de las drogodependencias en general, y en especial entre los más jóvenes, pues potencia la adquisición de hábitos de vida saludable y una cultura de la salud favorecedora del bienestar de la comunidad.

5.3.2. Dificultades en el tratamiento de la dependencia de cocaína

Desde la comunidad científica se está haciendo un esfuerzo importante para probar el potencial terapéutico de cualquier producto que resulte de utilidad y por ello se encuentran en estudio experimental diversas sustancias, que están en fases preliminares de su desarrollo (Soares, Lima, Lima & Farrell, 2004). El desarrollo de una vacuna para tratar la dependencia de cocaína es una de las alternativas que se está estudiando en los últimos años para el tratamiento médico de esta dependencia. Esta vacuna produciría anticuerpos para actuar como barrera y así impedir el ingreso de la cocaína en el cerebro, de esta manera, su consumo no lograría los efectos estimulantes sobre el Sistema Nervioso Central a los que se les atribuye la capacidad de generar dependencia (Hall & Carter, 2004). Hasta la fecha, la vacuna de la cocaína tiene pocos efectos secundarios y se ha comprobado que produce anticuerpos después de su aplicación en seres humanos (Kosten & Biegel, 2002).

Pese a estos avances, en la actualidad, ante la falta de tratamiento farmacológico eficaz para la dependencia de cocaína, el tratamiento más eficaz es el psicosocial. A diferencia de la dependencia a los opiáceos, no hay ninguna evidencia clínica para el tratamiento de sustitución en el uso de cocaína. En opinión de los profesionales, esta es una razón por la que en muchas ocasiones los dependientes de cocaína no acuden a tratamiento pese a que precisen de ayuda. La falta de una sustancia sustitutiva, y la falta de confianza en el tratamiento global que se está llevando actualmente en las UCA, son razones de peso para que algunos cocainómanos no acudan a los centros de tratamiento.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“Como la población que tengo yo son los que no demandan tratamiento, no quieren ir a las UCA, están en la calle y... la sensación que me queda es que no llegan a formular demandas porque no ven la posibilidad de que existan recursos en los que se puedan sentir tratados. No entienden un tratamiento si no se les da la sustancia, si no hay desintoxicación o sustitutivo. Y cuando piensan que su problema es el consumo de cocaína, rechazan sistemáticamente acudir a tratamiento. Hay una parte de usuarios que está en la calle consumiendo porque no ve la posibilidad de hallar esa terapia. Igual para hombres que para mujeres.” (G.D)

“...con la cocaína tenemos muchas menos herramientas terapéuticas y farmacológicas para abordar esa adicción. Es algo que no está resuelto; con el consumo de cocaína hay más violencia y el fenómeno es más difícil de manejar.” (G.D)

Otra barrera para acudir a tratamiento de los dependientes de cocaína, en opinión de los profesionales, es la distribución de pacientes que tienen actualmente las UCA, pues supone en ocasiones un impedimento importante para algunos de los usuarios. Es habitual que los centros queden lejos o muy lejos de los hogares de los pacientes, pues el centro asistencial que corresponde a cada sujeto depende del lugar de empadronamiento y, en muchas ocasiones, esta correspondencia no se ajusta a la realidad actual del paciente.

“...en la ciudad y en los programas en los que trabajamos nosotros con usuarios en activo, es que hay muchas barreras y hay personas que ni siquiera pueden saber qué UCA le corresponde cuando están empadronadas en un pueblo. A lo mejor son personas sin techo que viven en la zona X a las que les correspondería la UCA X, pero a la que no se van a desplazar tan lejos; hay personas que realmente encuentran barreras para acceder a los servicios sociosanitarios...” (G.D)

Estos problemas logísticos suponen barreras que retrasan el acceso al tratamiento y disminuyen la adherencia al mismo una vez los pacientes lo comienzan. Los profesionales consideran recomendable adaptar la estructura asistencial existente, a la promoción de servicios sensibles a las necesidades de los usuarios.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

5.3.3. Barreras para la inserción de mujeres con doble problemática

Es importante mejorar la autoestima y el autoconcepto de la mujer agredida y drogodependiente para que pueda salir del aislamiento social en el que se encuentra. Es esencial para ello motivarla para que vuelva a realizar actividades gratificantes y tenga un mayor contacto con las personas de su entorno. También es esencial abordar el tema laboral y diseñar un itinerario de inserción sociolaboral.

Las mujeres con dependencia de cocaína que son víctimas de maltrato tienen una situación muy difícil y se encuentran ante unas circunstancias socio-sanitarias que complican su reinserción sociolaboral. A nivel económico, la mayor parte de las mujeres ha estado desocupada durante el período de tratamiento y en muchas ocasiones, ha vivido una historia laboral caracterizada por la inestabilidad provocada por la misma dependencia. En el caso de las mujeres que tienen hijos, la situación se complica más todavía pues al buscar trabajo, necesitan adaptaciones de los horarios y en general una serie de condiciones complicadas de conseguir.

“...el problema es cuando llevan niños. Mujer adicta con niño, no hay recurso post unidad de deshabituación, de hecho no hay unidad de deshabituación en la Comunidad Valenciana excepto ésta en la que yo trabajo donde aceptamos niños. ¿Después de que ha hecho toda la deshabituación con su hijo donde va esa mujer con ese hijo? La mujer adicta pese haber hecho un tratamiento, se encuentra muchas barreras para acceder a recursos normalizados, pese a haberse deshabituado en el programa.” (G.D)

En muchos casos, las relaciones sociales son difíciles pues durante el período de consumo, se deja de lado a los amigos no consumidores, por lo que tras el tratamiento prácticamente no tienen amistades con las que contar. Por otro lado, la situación de maltrato lleva asociada muchas veces la prohibición por parte de la pareja a ver a otras personas, por lo que la mujer acaba reduciendo su círculo social a su pareja, provocando una mayor dependencia a la misma.

5.3.4. Medidas para combatir la violencia contra las mujeres cocainómanas

A medida que pasa el tiempo, existe una mayor concienciación entre los proveedores de servicios de salud de los resultados negativos causados por la violencia de género. Pese a las dificultades que encuentran las mujeres dependientes de cocaína para ser protegidas de sus parejas maltratadoras, se comienzan a realizar acciones puntuales que responden a la necesidad de actuar,

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

un ejemplo de ello son las técnicas particulares que se utilizan con los agresores, como amenazar con denunciar la situación del maltrato desde el centro de tratamiento donde se trata a su pareja.

“...hacíamos que el maltratador acudiera a nosotros y fundamentalmente, me encargaba yo. Le provocaba la situación más desagradable, le comunicaba: O usted retorna a unas conductas normales y a un respecto hacia su compañera o yo estoy mañana en el juzgado X presentando una denuncia contra usted.” (G.D)

La disposición abierta y la concienciación del problema llevan a mantener la alerta entre los diferentes servicios de salud para detectar situaciones de maltrato.

“Todos los equipos de base de todos los municipios que nos tocaban a nosotros tenían inmediatamente encendida la alarma ante situaciones de malos tratos, sobre todo de que acudieran mujeres con demandas de malos tratos si eran pacientes que habían tenido historias con nosotros. Con los gabinetes psicopedagógicos de los Ayuntamientos también habíamos tenido conversaciones para que en cualquier caso en el que se detectaran situaciones de esta índole nos llegaran a nosotros. Y luego ya, pues digamos nosotros mismos, cuando venía cualquier esposa, cualquier compañera que decía que mi marido sigue haciendo esto y lo otro...” (G.D)

Y en caso de que el peligro de agresión sea inminente, los profesionales abogan por recurrir a los recursos policiales disponibles, pese a que opinan que son insuficientes y se puede hacer relativamente poco, pero es necesario que haya una denuncia que al menos mantenga a salvo a la mujer durante 24 horas.

“En situaciones de peligro inminente lo que hay que hacer es ir a la Comisaría de Policía y en 72 horas va a tener una orden de protección...” (G.D)

“De buscarle el recurso y si además consume, ya se apañará, pero la protección se la tienen que dar, y la protección significa que este hombre sea detenido y pasado a disposición judicial, así por lo menos se lo quita de encima 24 horas, hasta que pase a disposición judicial, y luego cuando ya tengamos una orden de protección entonces ya veremos a ver a quién le toca, al Centro de Mujeres de 24 horas o a quien le toque. Cuando una mujer está en una situación de peligro, hay que ir al juzgado de guardia o a la comisaría de policía, yo creo que es mejor a la Comisaría.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

5.4. Valoración de los programas asistenciales

5.4.1. Tratamiento y asistencia de las cocaínómanas

Se observa que la demanda de ayuda o atención de las mujeres con problemas de drogas, se ve retardada por factores personales, sociales y ambientales, por este motivo, muchas mujeres piden ayuda en una etapa muy avanzada del problema, dificultándose así el pronóstico de tratamiento.

Tradicionalmente, los programas de tratamiento y rehabilitación para dependientes fueron diseñados por y para hombres, y las necesidades específicas de las mujeres no han sido lo suficientemente consideradas. En realidad, los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a los de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas y es necesario explicarlos desde su propio marco de referencia.

En general, las mujeres tienen menos disponibilidad de ayuda que los varones, los familiares minimizan el problema, se oponen explícitamente a otorgar apoyo permanente y responsable. La mayoría de los dispositivos de tratamiento no cuentan con servicios específicos para mujeres y el tratamiento residencial resulta prácticamente imposible para mujeres con hijos/as pequeños.

Habitualmente, los abandonos suelen estar relacionados con factores contextuales, tales como el trabajo, la responsabilidad en quehaceres domésticos y la atención de los hijos, entre otros. No considerar esto último, puede llevar, erróneamente, a evaluar la motivación de la mujer a tratamiento como pobre o escasa, cuando en realidad se observa que ellas, una vez que han iniciado un programa terapéutico y reciben apoyo y soporte social, presentan tasas más altas de progreso que los varones.

Si a las dificultades que encuentran las mujeres a la hora de pedir ayuda profesional para superar su dependencia en situaciones más o menos normalizadas, se le añade que son maltratadas, la problemática aumenta considerablemente. La violencia de género en numerosas ocasiones va asociada al consumo de cocaína tanto del maltratador como de la víctima. La atención de las víctimas suele recaer generalmente en los centros de atención a las drogodependencias, en el caso concreto de la comunidad Valenciana, de las UCA. El problema surge cuando estos dispositivos no están capacitados ni preparados para atender a la mujer dependiente que sufre maltrato y en ocasiones está amenazada de muerte. Los servicios de asistencia a víctimas de la violencia, tienen un modelo asistencial que convierte la drogodependencia de la

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

mujer en un impedimento para ser acogida o atendida por estos centros de protección para mujeres maltratadas.

“...Yo el elemento que veo es que cuando una mujer es consumidora en activo y a la vez es víctima de violencia, y se encuentra a lo mejor bajo amenaza, una presión importante por parte de su pareja, etc., el hecho de que demande atención a un centro de mujeres y que sea consumidora, elimina la posibilidad que pueda tener esa protección, como la posibilidad de ir a un piso de acogida o a un recurso que la proteja.” (G.D)

“...hay un vacío total de recursos específicos para trabajar con mujeres víctimas de malos tratos con adicciones, me da igual cocaína, heroína o alcohol, porque evidentemente, los recursos o la casa donde yo trabajo, es muy complicado que una persona de estas características pueda convivir con otras personas víctimas también de malos tratos con los nenes, porque nosotras no tenemos los recursos específicos para trabajar con ella y evidentemente no existen centros, o yo lo desconozco, excepto la unidad...” (G.D)

“...pero si estás en un centro por la tarde, sucede que se presenta una demanda de apoyo, llamas a un centro de mujeres de 24 horas y la respuesta del centro es que no hay posibilidad de intervenir con una mujer que consume en activo...” (G.D)

“Digo que una persona que esté en situación de riesgo por amenazas de su pareja, que es consumidora y el riesgo es evidente, que hoy te pillo y te mato... Por el hecho de ser consumidora, no puede acceder a la protección en un piso que otras mujeres sí que la tienen. No hablo de reinserción, hablo de proteger y salvar la vida.” (G.D)

“...porque ya es llamar por la mañana, supone que mañana no la vas a ver porque solo abres por las tardes, a lo mejor la cita es para dentro de una semana o dos y la situación de violencia es inminente. Simplemente el hecho de que consuma elimina esa posibilidad.” (G.D)

Los centros de atención a la violencia no van a hacerse cargo de la mujer drogodependiente víctima de violencia pues la normativa de los recursos de protección de la mujer maltratada, impiden que éstas puedan ser protegidas por el hecho de ser consumidoras o estar en tratamiento de drogodependencias. Esta estructura asistencial da como resultado que muchas mujeres que se encuentran en esta situación se vean atrapadas en un infierno y a un doble riesgo, por un lado su continuidad del consumo y por otro, la exposición a futuros malos tratos.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“...centro de protección donde trabajo con mujeres víctimas de malos tratos, una de las políticas del centro es que no pueden llegar mujeres que sean adictas a la cocaína...” (G.D)

“Se exige que esté curada. Como mucho en tratamiento de metadona...” (G.D)

“...sería muy difícil trabajar con esa mujer la reinserción y trabajar también la adicción a la cocaína... es una norma del centro de protección que no pueden llegar mujeres que sean adictas a la cocaína.” (G.D)

Si además, la mujer tiene cargas familiares como hijos menores, la situación se complica más si cabe, pues las mujeres difícilmente pueden ser acogidas en algún recurso o servicio.

“Si consume, directamente no, y si tiene un menor de menos de 16 años tampoco, pero ni aún así estando sola y sin niños pequeños tienes asegurado el tema. Para nada, plaza en estos momentos no hay, entonces tú a las tres o las cinco de la tarde te tendrás que buscar la vida como hacemos el resto de los que estamos en otros recursos, o le pagas un hotel o te la llevas a tu casa, o le buscas un refugio en casa de no sé quién.” (G.D)

“Mujeres que realmente no tienen hogar, incluso con niños, ha sido super complicado el que nos concedieran la plaza... ha habido que asegurar, que la persona adicta estaba curada y no iba a haber ningún problema.” (G.D)

Algunas de las razones dadas por los profesionales del área de la violencia por las que estas mujeres se encuentran en situación de desamparo, son las dificultades de convivencia que pueden provocar las mujeres dependientes en proceso de desintoxicación/deshabitación.

“Probablemente sería una locura meter a diez mujeres consumidoras en activo juntas en una casa, todas siendo víctimas y todas en situación de desequilibrio...” (G.D)

“Al centro que yo trabajo no pueden ir. Tienen que convivir con otras mujeres con sus hijos y eso genera una serie de conflictos que hacen imposible su convivencia, tiene que ir a un centro de deshabitación...” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

La gravedad de la situación en la que se encuentran actualmente las mujeres cocainómanas víctimas de maltrato, indica claramente la necesidad de establecer soluciones a nivel legislativo y posteriormente asistencial y preventivo.

5.4.2. Coordinación entre recursos como medida preventiva

Existe una falta de apoyo legislativo para aquellas mujeres que no son conscientes de la situación de riesgo a la que se exponen y de la necesidad de superar su adicción para poder gozar de protección. Según la opinión profesional, sería necesario actuar de forma más directa y velar por el bienestar de una persona que no está capacitada para protegerse bajo determinadas circunstancias.

“Cuando hablamos de una anoréxica, puede haber una legislación que entienda que no tiene capacidad para preservar su salud, cuando hablamos de una persona que es víctima de violencia de género, que está en riesgo su vida y que no es consciente por su trastorno de que tiene que abandonar el consumo para entrar en un recurso, en estos casos, no hay ninguna legislación que se adhiera.” (G.D)

Por supuesto, hay situaciones en las que no existe un tratamiento adecuado; en estos casos, la mujer debe recibir los cuidados que maximicen las posibilidades de mantener su vida y de conseguir que ésta sea de buena calidad. Exactamente igual que cualquier otra persona con una enfermedad crónica.

El aislamiento social donde quedan presas las mujeres que consumen drogas y además son víctimas de violencia sirve de alimento para nuevas y mayores relaciones de abuso, contribuyendo a perpetuarlas. Evitar el aislamiento es reducir el círculo vicioso, el silenciamiento y la tolerancia de las mujeres a no respetar sus necesidades y permitir que otros no las respeten. Por lo que una intervención integral, resulta necesaria en el caso de las mujeres víctimas de violencia, con problemas de drogodependencias y con cargas familiares.

En este sentido, el trabajo coordinado con diversos recursos cobra relevancia, dado que este modo de intervención vela por cada una de las etapas en la recuperación de la mujer.

“...debería constar de diversos recursos que podrían estar en el caso de mujeres agredidas y víctimas de malos tratos o con niños. Las personas más débiles dentro de un contexto, deberían tener una superprotección con deseos de no consumir o de resolver el problema.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“...cuando hablamos de una mujer víctima de violencia de género, el hecho de que sea consumidora no tendría que importar. Tendría que buscarse la figura, el local, el lugar, el programa, la circunstancia que fuera... para que el hecho de que tenga un consumo, adicción o trastorno no impida que se la proteja.” (G.D)

“Ahí implicas sanidad, servicios sociales, justicia y todo lo que tenga que ver con la protección del menor y de las personas desvalidas. Esa sería la propuesta ideal, ¿puede darse? yo confío en que sí, pero con el tiempo, dotando de recursos si la justicia entiende sobre todo cuáles son las situaciones de alto riesgo que se plantean.” (G.D)

No parece existir una coordinación entre el área de las drogodependencias y el de la violencia, y como resultado de ello la mujer se encuentra en una situación clara de desamparo. Una de las razones por las que la coordinación entre estos recursos es difícil, es que no existen directrices adecuadas ni claras desde los diferentes organismos. Una de las quejas de los profesionales indica las incongruencias existentes entre la Dirección General de Drogodependencias y la Unidad de la Mujer de la Generalitat Valenciana.

“...una unidad de deshabituación cuando acaban ya no tiene porqué haber un seguimiento, al menos así es como la Generalitat nos lo indica, que no debemos hacer seguimiento. Incluso nos han exigido desde la Unidad de la Dona que también pertenece a la Generalitat, que debe haber seguimiento. O sea que es una contradicción lo que desde la Dirección General de Drogodependencias y desde la unidad de la dona se nos indica...” (G.D)

5.4.3. Falta de recursos para las mujeres maltratadas

La complejidad de la violencia contra la mujer, exige un tratamiento multidisciplinar para dotar de una atención integral a las personas implicadas, sin embargo la situación actual no favorece la integración, pues no se promueve lo suficiente a nivel institucional la creación de protocolos conjuntos, ni la formación de profesionales del área de las drogodependencias en temas de violencia; en definitiva, no se asignan los recursos necesarios para hacer frente al fenómeno.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“Faltan recursos, dinero y mucha formación. Es una gran ley, que ha costado mucho sacarla adelante. Por lo menos ahora hay ciertas cosas que son de obligado cumplimiento, antes no. Faltan recursos evidentemente, es un problema, que hace relativamente poco tiempo ha salido a la luz pública y pasará como pasó con el tema de las drogas, que comenzará a crearse una red asistencial. En este momento evidentemente estamos en pañales. Tenemos una gran ley pero nos faltan los recursos.” (G.D)

La asignación de recursos adecuados debería ser lo suficientemente extensa como para incluir a mujeres drogodependientes de bajos estratos socioeconómicos, que padezcan trastornos mentales, que sean mayores de 65 años, que se dediquen a la prostitución, o que pertenezcan a otra etnia o tengan otra nacionalidad, pues la situación de estas mujeres es más complicada si cabe y tienen verdaderas dificultades para acceder a los escasos recursos públicos existentes.

En este sentido, es importante señalar la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes, pues carecen de redes sociales naturales en las que puedan apoyarse, además en muchos casos existen dificultades económicas, lingüísticas y/o administrativas. Este colectivo concreto de mujeres, presenta una serie de factores que empujan a una fuerte dependencia de la mujer inmigrante respecto de su pareja, como por ejemplo, que hayan llegado a España por reagrupamiento familiar, que no tengan documentación propia o en regla, que carezcan de ingresos propios, etc. Todo ello contribuye a dificultar la necesaria independencia de las mujeres en situación de maltrato para disponer de su vida.

“...las mujeres que llegan al centro que son víctimas de malos tratos, es un tema muy complicado, porque son mujeres que vienen de ámbitos muy marginales, sin red de apoyo, no tienen trabajo, son inmigrantes, es muy complicado trabajar con ellas, se enfrentan a muchísimos problemas: desde encontrar trabajos, cuidar a los niños, el enganche emocional respecto al agresor, a las sustancias... realmente son mujeres con muchísimos problemas y hay una gran carencia de recursos específicos para estas mujeres. Trabajamos como podemos, con voluntariado y llegamos hasta donde llegamos. Ahí, no sé, encuentro que es muy complicado trabajar con mujeres víctimas de malos tratos.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Los cambios legislativos de noviembre de 2003 incluyeron la posibilidad de que una mujer inmigrante que haya venido a nuestro país por reagrupamiento familiar pueda conseguir permiso de residencia autónoma cuando denuncie que sufre malos tratos. Sin embargo, las mujeres indocumentadas o las que no tienen los papeles en regla, no tienen estos derechos, por lo que la mayoría de ellas no denuncian por miedo a ser expulsadas o que empeore su situación administrativa. Por esa misma razón, no se atreven a acceder a los servicios públicos destinados a las mujeres que sufren maltrato.

Pese a la complejidad de trabajar con mujeres víctimas de maltrato en general y con mujeres maltratadas del colectivo inmigrante, es fundamental que todas ellas puedan acceder a una red de protección adecuada que garantice su seguridad y la superación del ciclo de violencia vivida.

5.4.4. La atención a mujeres maltratadas

Tradicionalmente se creía que el maltrato a la mujer iba aparejado a clases socioculturales bajas pero esta percepción es completamente errónea. La realidad es que afecta a mujeres de toda condición social, cultural y económica. En este sentido, conviene señalar que aunque el maltrato doméstico se da en todos los estratos sociales, es más probable que las personas que cuentan con menos recursos económicos acudan a centros de atención y ayuda al maltrato de tipo público; los profesionales indican que las mujeres que poseen mayor capacidad adquisitiva, se costean este tipo de ayuda de forma privada y tratan el tema con mayor privacidad.

“A mi no suelen venirme mujeres con un alto nivel ni cultura, ni social, ni económico.” (G.D)

“Una mujer que tiene un estatus económico elevado, que tiene una red familiar de apoyo, evidentemente no llega a un centro de protección, ella se paga la protección.” (G.D)

La mayoría de los tratamientos terapéuticos con víctimas de maltrato se centran en el tratamiento de la culpabilidad, el déficit de autoestima, la mejora de las relaciones sociales y una adecuada expresión de la ira. En definitiva, de lo que se trata es de fijar las bases para comenzar una nueva vida con autonomía personal y recuperación del control (Dutton, 1992). Estos tratamientos suelen ser dirigidos o coordinados tanto por hombres como por mujeres, y según los profesionales entrevistados, el género de los terapeutas puede influir claramente en el buen progreso y efectividad del tratamiento.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

En opinión de los expertos, si el profesional que trata al colectivo de mujeres maltratadas, es mujer, puede facilitar en gran medida la progresión favorable de éstas.

“Que el terapeuta sea una mujer es mejor para algunas víctimas de violencia de género y para mujeres que tienen problemas específicos con la persona en la que confiar, psicólogo, psiquiatra... por el hecho de ser un hombre.” (G.D)

“Sobre todo en aquellas que están traumatizadas a nivel crónico. Sobre todo han dado buenos resultados las mujeres policías o psicólogas.” (G.D)

“Yo creo que influye, no sé si es ideal que sea mujer, pero me ha sorprendido mucho cómo mujeres que no habían hablado de malos tratos en la infancia y no lo han contado nunca y al tercer o cuarto día de estar en la unidad lo cuentan, y a la semana o dos lo están contando en un grupo sin pedirles que lo cuenten. Es un tratamiento que tiene grupos de trabajo y una vertiente individual bastante intensiva. En todos los casos los temas los han contado a una mujer. Pienso que puede ser un facilitador.” (G.D)

“Muchas veces por el tema de la relación de dependencia y el sentimiento de culpabilidad que genera el haber sido víctimas de malos tratos, ya sea en la infancia o en la edad adulta. Hay por detrás también un sentimiento de culpa por haber permitido... o de haber provocado... y quizá le puede costar hablar.... En el equipo hay un psiquiatra... pero tampoco hay problemas, eso sí, la primera vez que lo cuentan siempre se han dirigido a una mujer.” (G.D)

Por otro lado, el que el terapeuta sea hombre puede tener una serie de ventajas como tener una visión del colectivo masculino mas heterogénea en caso de que se haya generalizado y por tanto se vea al hombre como al “enemigo”.

“Es que en determinados casos es bueno que entiendan que hay hombres que no ejercen violencia.” (G.D)

También existe la idea de que en realidad lo más importante no es tanto si el profesional es hombre o mujer, sino la profesionalidad que demuestre en sus intervenciones con la paciente.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“El primer impacto a la hora de acudir a una atención, pienso que no, que depende de la calidad humana y no de si es hombre o mujer.” (G.D)

“No es un determinante en que vaya a contarlo o no, desde luego, tiene más peso la calidad de la atención que el género.” (G.D)

5.4.5. Tratamiento de maltratadores

Como ya se ha comentado, las medidas penales contra los maltratadores como multas, arrestos domiciliarios o prisión por varios días, resultan ser insuficientes para combatir la violencia de género (Echeburúa & Fernández, 1997) y así lo expresan los profesionales.

“El agresor que a lo mejor lleva dos o tres delitos de faltas de agresión a la pareja y el juez dictamina la ley de alejamiento. Con eso cree el juez que ella está segura, pero no conocemos al agresor... lo ideal sería ¿por qué no entrevistar al agresor una, dos, cinco veces y sacar un pronóstico de peligrosidad criminal?” (G.D)

El tratamiento psicológico del maltratador resulta ser una intervención más adecuada, pero siempre y cuando sea asumida voluntariamente, lo que implica que el agresor sea consciente de que tiene un problema y muestre motivación suficiente como para modificar su conducta agresiva (Echeburúa & Corral, 1998). Aquellos pacientes que se someten a tratamiento obligados por una sentencia judicial, no suelen ser conscientes de su problema y por lo tanto su asistencia al recurso correspondiente es un mero “acto de presencia” para conseguir cumplir con el castigo o pena imputados. Es evidente que si el hombre no tiene una motivación auténtica por cambiar su conducta, no habrá éxito en el tratamiento (Medina, 1994).

“Tú los sometes a todos a tratamiento y todo muy bien, pero es que se acogen al tratamiento porque el juez se lo impone como base y conmutan una pena.” (G.D)

Existe la necesidad de ampliar en la Comunidad Valenciana los tratamientos que actualmente reciben los maltratadores y aprovechar las experiencias de los programas ya consolidados en otros puntos del territorio español.

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

“Es que lo de Alicante no es tratamiento, es oír 4 charlas. En el país vasco llevan mucha trayectoria...” (G.D)

Pese a que por cada mujer víctima de maltrato hay un maltratador, existe una desproporción clara entre el número de hombres y mujeres que acuden a tratamiento para resolver una situación de violencia de género. Un claro ejemplo es la experiencia de los programas de asistencia psicológica a hombres maltratadores en Álava y Vizcaya, pues desde su inicio se han atendido a unas 3.500 mujeres víctimas de maltrato, y sólo a unos 300 hombres (Cenea, 2004). Pese a esta baja participación por parte de los hombres, que en muchas ocasiones acuden a tratamiento bajo presión, es importante señalar que los programas de tratamiento son voluntarios, en el sentido de que la persona tiene que asumir ciertos principios antes de someterse a tratamiento, estos principios son la aceptación de que tiene un problema y de que él es el único responsable de sus conductas violentas.

“Echeburúa hace unos tratamientos sociales integrales y tiene una cosa muy clara en el contrato. Yo te diré después de la entrevista 1, 2, 3 y 4 si puedes entrar dentro de mi programa o no. Es muy importante a la hora de coger gente para tratar, porque claro, son expertos en engañar.” (G.D)

Incluso en aquellos casos en los que los hombres tienen cierta motivación para realizar un cambio de conducta y acuden a los programas de tratamiento, la mayoría de ellos no acepta que sean responsables al cien por cien de las agresiones a las que someten a sus parejas, siendo éste el primer obstáculo importante para conseguir buenos resultados en los programas de tratamiento de maltratadores. De todas formas, es importante tratar psicológicamente al maltratador, pues si tan solo se utilizan medidas coercitivas contra el agresor, se comete un gran error, ya que las penas contra los mismos son en muchas ocasiones meras faltas sancionadoras que no van más allá de arrestos domiciliarios, multas y órdenes de alejamiento, y raramente los agresores entran en prisión, y además con estas medidas se consigue irritar más al condenado aumentando el riesgo de volver a maltratar a la pareja (Daly & Pelowski, 2000).

“Más peligroso aún, igual con ella ya no sigue, pero con la siguiente (pareja) que encuentre va a hacer las mismas pautas y puedes encontrarte dos víctimas del mismo agresor.” (G.D)

Capítulo 5.

Resultados. La voz de los profesionales: una perspectiva cualitativa

Hasta hace poco la asistencia al maltrato se reducía al tratamiento de las víctimas del mismo. Algunas mujeres deciden separarse antes de asistir a terapia o durante la misma, pero el 50% de las mujeres continúa conviviendo con sus parejas tras haber asistido a tratamiento (Echeburúa, Corral, Sarasua & Zubizarreta, 1996), en estos casos es cuando más necesario se hace tratar simultáneamente al agresor y a la víctima de la violencia, pues de lo contrario el riesgo de que la situación de maltrato se repita y extienda a otros miembros de la familia es muy alto. El tratamiento integral del maltrato debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque éste continúe conviviendo con la víctima o bien porque, en caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer (Echeburúa & Corral, 1998).

Por lo tanto, es necesario tratar tanto a las víctimas del maltrato como a los perpetradores de esta violencia, dejando constancia de que los tratamientos psicológicos de hombres violentos ofrecen unos resultados aceptables. Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios (Echeburúa & Fernandez, 1997; Taylor, Davis & Maxwell, 2001). Desde un punto de vista preventivo, a medida que descienda el número de maltratadores, también lo hará la violencia futura, pues de esta forma se corta la cadena de transmisión intergeneracional de la violencia y de aprendizaje observacional por parte de los hijos (Echeburúa, Corral & Amor, 2004).

6 capítulo

RESULTADOS.
LA VOZ DE LOS
COCAINÓMANOS

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos



CAPÍTULO 6.

Resultados. La voz de los Cocainómanos

En este capítulo se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a los cocainómanos/as. En un principio, se pretendía elaborar una diferenciación entre géneros en función de sus vivencias y percepción de las mismas, pero en la mayoría de los casos no se ha podido discriminar con precisión a hombres y mujeres, por lo que hemos señalado estas diferencias únicamente en las áreas temáticas que se han identificado.

6.1. Experiencia con la cocaína

6.1.1. Factores de riesgo para el consumo de cocaína

Un factor de riesgo es “un atributo o característica individual, situación o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas” (OED, 2004). Los cocainómanos/as refieren varios factores que contribuyen al consumo de la cocaína por lo que es pertinente hablar de una etiología multicausal, en la que se comprenden factores contextuales, sociales y personales.

Entre los factores contextuales se incluyen, entre otros, las variables *sociodemográficas*, como el sexo o la edad, las variables *biológicas* y las *ambientales*, como la mayor o menor disponibilidad de las drogas, y la *conflictividad social* en la que viven.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Según datos del Observatorio Español sobre Drogas (2004) la iniciación en el consumo de cocaína acontece a edades cada vez más tempranas y esto es sin duda un factor de riesgo a tener en cuenta.

“Yo me enganché con nueve años a los porros porque era una forma de evadirme de los problemas de casa... yo me enganché a los porros, luego a la coca, luego a la base...” (EM1)

“...casi desde los catorce años que llevo consumiendo coca.” (EH4)

Muy relacionado con el inicio temprano está la *normalización del consumo* de cocaína, pues la disponibilidad de la droga, el fácil acceso a la misma, la baja percepción del riesgo por parte de los usuarios, y la consideración de estos consumos por quienes los realizan como parte de una cultura de ocio y diversión que contribuye a la participación e integración social, ha sido y está siendo una complicación añadida al problema de la cocaínomanía.

“Y empiezas pues a consumir así. Empiezas a tener ese hábito. Yo es que si ahora me paro a analizarlo, es que lo veía como una cosa normal y corriente. Como además, está en la sociedad, en un grado tan así el consumo, o sea que muchísima gente consume, si no esporádicamente por hábito, habitualmente. Y dices <bueno es que no tiene que ser malo>, igual una cosa que no sé, igual que el alcohol, y lo haces por eso, porque una persona a lo mejor sale, o está compartiendo algo, y lo ves ahí todo espléndido, que le va todo bien y tú piensas <yo ¿por qué no voy a participar de eso?> no te das cuenta de la realidad...” (EH5)

La percepción social sobre las drogas parece alejarse cada vez más de vivencias de crisis para atribuir al consumo de drogas un carácter más normalizado y menos problemático. Una percepción que, si bien representa una visión más madura del fenómeno que nos ocupa, puede denotar un sorprendente desinterés, particularmente inquietante cuando se habla del consumo entre los más jóvenes. Es evidente que se ha pasado de vivir un tremendismo característico de otros tiempos, a la indiferencia social ante esta problemática, lo que contribuye a desdramatizar la percepción social de los consumos de drogas en general y de la cocaína en particular.

“Todo el mundo que consume no se da cuenta que es un problema, cuando te das cuenta de que es un problema, ahí es cuando puedes trabajar, porque yo, salgo por ahí y lo ves, a veces, de quien menos me lo he esperado ¿te apetece una rayita?” (EH5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Por otro lado se encuentran los *factores sociales*, que se refieren al entorno más próximo de la persona, como el trabajo o el centro de estudios, la familia (pautas educativas, disciplina, consumo de drogas por parte de los padres, etc.), el grupo de amigos (actitud y consumo ante la drogas del grupo de amistades), o la influencia mediática (la influencia de la televisión, con los anuncios y las películas que promueven en mayor o menor medida los consumos de drogas).

Entre este tipo de posibles desencadenantes del consumo, destaca la influencia que tiene el contexto familiar, y los antecedentes de consumo de drogas en este ámbito. El consumo de drogas por parte de algún miembro cercano de la familia, es uno de los factores de riesgo más comúnmente señalados en la literatura (Calafat et al., 2001), sugiriendo que estos factores pueden favorecer la iniciación en el uso de drogas y la escalada hacia el uso de drogas ilegales.

“...pero en mi familia, por parte de mi padre, tuve un hermano que fue drogadicto, mi padre le mantuvo su droga treinta y tres años. Sí, nos robaba, nos robaba a nosotros, por eso nunca lo pudimos tener en la casa... y por robarle el dinero a otra persona... lo mataron con una puñalada en el corazón, y por parte de mi madre, tengo un tío que también es drogadicto... yo entiendo a mis padres, porque sé lo que han sufrido, lo que sufrió mi padre con mi hermano que en paz descanse...” (EH4)

La falta de afecto en la infancia y adolescencia resulta decisiva en el desarrollo personal y global de los individuos (Peláez & Luengo, 1993), por tanto puede llevar a una búsqueda afectiva que logre una transferencia de cariño con la primera persona que se la ofrezca, en ocasiones la transferencia puede hacerse al consumo de sustancias en lugar de a personas. La falta de seguridad emocional durante la infancia puede resultar un problema en el desarrollo integral de la persona, pudiendo causar múltiples secuelas como inestabilidad emocional, falta de confianza en uno mismo, y falta de autoestima, estando todo ello estrechamente relacionado con el desarrollo de conductas de riesgo para el consumo de drogas.

“Y de la infancia pienso que igual que un niño normal y corriente pero con una carencia. O sea, falta un poquito a nivel social de mis padres, o de mi padre. El cariño, el estar mucho con él, el compartir cosas. Eso siempre lo he echado un poquito en falta. Parte por mi padre, por trabajo, que siempre estaba fuera y luego porque no ha sido una persona muy sociable, tu veías a lo mejor a los demás

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

niños, pues que sus padres pues los acompañaban a hacer cualquier actividad o eso...” (EH5)

El mal funcionamiento en los estudios resulta ser otro factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas entre los jóvenes, el fracaso dentro del sistema educativo se relaciona con un hastío y aburrimiento que provoca el absentismo escolar; durante esas horas es probable que el consumo de drogas aparezca, ya que hay una gran facilidad para conseguir las sustancias, incluso en ocasiones, sin necesidad de moverse del centro escolar.

“Yo no me soltaba con la gente, y en la escuela me iba muy mal porque yo no sabía estudiar. Y yo era ver a la gente que estaba por el patio y yo lo primero que hacía... al patio. Me pelaba todas las clases y todo, y ahí fue cuando cogí el hábito de... antes de entrar al instituto yo ya fumaba tabaco y porros. Pero ya en él, todos los días un gramo o dos caía... o sea en la misma puerta (del instituto) allí había camellos a las siete de la mañana y a las dos del mediodía...” (EM1)

“Ahora, cuando ya pasé al instituto ya empeoró la cosa, me junté con gente que fumaba porros, que consumía,... y yo hacía lo mismo. Me pelaba las clases, no me iba bien en los estudios, discutía mucho con mis padres por las notas...” (EM3)

También el maltrato psicológico sufrido durante la infancia y adolescencia en el ámbito escolar es un importante punto a tener en cuenta; uno de los entrevistados alude a los maltratos psicológicos a los que fue sometido por el resto de compañeros por características personales concretas. El comportamiento de los niños con otros niños con defectos físicos o diferentes al resto, puede motivar tratos discriminatorios y crueles, dejando secuelas que se arrastran durante la vida adulta. La búsqueda de aceptación del grupo está más acentuada en alguien que haya sufrido rechazo durante la infancia.

“...estaba y estoy, pero yo no asimilo que estoy gordo, siempre lo he sido, siempre he sido una persona que comía, siempre en el colegio y fuera del colegio me humillaban. Eso ha sido toda mi infancia, toda la vida ha sido esa... las humillaciones que tenía en el colegio y fuera del colegio, gente que eran mis amigos, y eso a mí me [jodía] mucho. Acababa muchas veces llorando, acabé con depresión, acabé con anorexia, perdí casi treinta kilos, una locura, porque yo no quería perder a los compañeros y amigos, y por no querer perderlos, perdí todo ese peso para que ellos estuvieran bien conmigo...” (EH1)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

El tipo de relación que se tenga con la pareja, es otro factor de riesgo fundamental dentro del entorno social más cercano. El hecho de tener una pareja consumidora aumenta considerablemente la probabilidad de afianzar la dependencia y dificulta enormemente salir de ese círculo vicioso, en el que el consumo de sustancias pasa a formar parte de la interacción dentro de la pareja.

“Nosotros cuando consumíamos coca, consumíamos en casa los dos, no nos íbamos por ahí de bares, ni él se iba por ahí y me dejaba... no, nosotros siempre ha sido todo los dos juntos, nos hemos hundido el uno al otro, yo más a él que él a mí, porque él al principio no consumía... nosotros consumíamos cuando llegábamos a casa, habíamos acabado de trabajar y nos encerrábamos los dos en casa. Te metes en tu mundo y más si me dices, es que mi marido no consume, y yo sí, pues es distinto, pero al estar los dos igual, que cuando no decía uno de consumir decía el otro y ni yo decía que no ni el tampoco decía que no, o sea, era algo... que lo hacíamos juntos.” (EM4)

La cocaína también puede facilitar la comunicación entre las parejas de dependientes, contribuyendo al mismo tiempo a su aislamiento social.

...nos lo hacíamos en casa porque ya no salíamos, pero últimamente lo hacíamos mas que nada por si discutíamos... él iba a una punta del piso y yo me quedaba en la otra, y a lo mejor cuando le daba a él la gana pues venía y a lo mejor teníamos relaciones sexuales y luego, pues, ya nos íbamos a la cama. Que a lo mejor luego, pues nos poníamos a hablar, cosas que no hablábamos nunca, o nos mirábamos o nos acariciábamos, cosa que antes no...” (EM5)

Tras haber indicado los factores contextuales y sociales que contribuyen al consumo de cocaína según los diversos discursos analizados, se indican, por último, los *factores personales*, que hacen referencia a las cogniciones del individuo (actitudes, creencias, expectativas sobre el consumo, etc.), las habilidades sociales que tenga el sujeto, y otras variables psicológicas relevantes, como la autoeficacia, alta autoestima o el bienestar psicológico.

“...al principio pues vamos a probar esto a ver qué es, que si aquí la gente de alto rango va de esto... y mi jefe se mete... esto tiene que ser bueno... Esto es bueno, esto es lo que se toma el director, el abogado...” (EH3)

“Pues mi inicio pienso que como mucha gente, por la desgracia de que siempre ves que lo está haciendo alguien de la que tienes una imagen de que le va todo bien. Y tú dices, pues si lo hace él no tiene que ser malo.” (EH5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Entre los factores personales que destacan en los discursos de los entrevistados son aquellos relacionados con los rasgos de personalidad, como la timidez. La cocaína resulta una herramienta útil para entablar relaciones de tipo social, y esto entre aquellas personas con falta de habilidades sociales puede suponer un importante refuerzo en el establecimiento de un hábito y posteriormente una dependencia.

“Pero a mí en mi sano juicio también me pasa que se arrima una chica, y me dice, ven que te presento una amiga y tal y tal... no puedo, porque me vuelvo un idiota en mi sano juicio, no sé. No es que les coja miedo a las mujeres pero no sé que me pasa. Entonces si tengo treinta euros prefiero ir a comprarme un gramo y metérmelo y encerrarme, y entonces me pongo yo a hablar... hablo hasta solo.” (EH4)

Una de las consecuencias de la falta de control de impulsos es la drogadicción, y es uno de los factores personales expuestos por los entrevistados como influyentes en el desarrollo de la dependencia de cocaína.

“Bueno, pues yo es que era muy curiosa, aparte que yo era viciosa, porque yo me fumaba un cigarro y me fumaba un paquete, no tenía control, me descontrolaba enseguida, con esto pasó lo mismo.” (EM1)

Aunque se acepta que no existe una personalidad prototípica del consumidor de drogas, uno de los factores de personalidad que ha sido relacionado con la conducta de abuso de cocaína es la “búsqueda de sensaciones” (Zuckerman, 1979; Pedersen, Clausen & Lavik, 1989). Se buscan experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, por cierta susceptibilidad al aburrimiento y por la voluntad de participar en experiencias que comporten riesgos de diversos tipos (físico, legal, social,...).

“Yo he sido la más rebelde, la más viciosa de las causas perdidas, la más echada para adelante. Y al ser tan atrevida, tan arriesgada pues luego te pasa lo que te pasa... te liberas, haces cosas que primero sientes mucho..., a mí es que me gustan las sensaciones fuertes, me aburre la vida, soy una inconformista nata... A lo mejor hacía un trío, buscando un aliciente diferente, eso es lo que yo buscaba, sensaciones nuevas, vivir al límite... hacer cosas diferentes, cosas que a lo mejor no eres capaz de hacer pero que te apetece en ese momento hacerlas, y al consumir podías hacerlo, hacías cosas diferentes...” (EM2)

Zuckerman (1983) realizó una revisión de varios estudios donde pone de manifiesto que, especialmente, las subescalas de búsqueda de excitación y

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

desinhibición se relacionan con la frecuencia de consumos, siendo los psicoestimulantes, como la cocaína, los que muestran mayores correlaciones.

Los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando el inicio y escalada en el consumo de cocaína. De esta manera, algunas personas pueden estar influenciadas en mayor medida por los medios de comunicación, que en muchas ocasiones ensalzan y normalizan el consumo de drogas, mientras que otras pueden estar más influenciadas por los familiares o amigos que consumen o mantienen actitudes y creencias favorables al consumo. Estas influencias tienen un mayor impacto en jóvenes psicológicamente vulnerables, es decir, con pocas habilidades sociales y competencias personales, baja autoestima, ansiedad o estrés.

Se han indicado una serie de factores de riesgo que influyen en el consumo de cocaína. Es evidente, que unas personas acaban teniendo problemas derivados de este consumo y otras no, por lo que resulta importante señalar que se han comentado factores de riesgo y *no* causas, por lo que no se debe entender que si una persona presenta uno o varios de estos factores vaya a consumir cocaína inevitablemente.

6.1.2. Razones para consumir la ‘seductora sustancia’

No existe una única respuesta que explique por qué se consume cocaína y aunque el repertorio de razones es muy variado, hay un eje que da cierta unidad: el deseo de superar límites individuales. Esta superación incluye aspectos físicos y psíquicos, y permite a los sujetos estar más activos y sentir placer en el lugar y tiempo que se consideran adecuados.

Se indican motivos relacionados con la necesidad de olvidar acontecimientos negativos del pasado, encontrando en esta sustancia un buen aliado para mantenerse alejado de los acontecimientos dolorosos vividos.

“No era ni por diversión ni por nada, que me gusta... me olvidaba de malos ratos que había pasado...” (EM5)

“... y no sé, yo me enganché a todo eso, no por mi familia, sino porque yo quería evadirme...” (EM1)

Tanto la gran cantidad de puntos donde se venden las sustancias ilegales, como el precio más o menos asequible para el consumidor, influyen notablemente en el mayor o menor uso de esta sustancia (Becoña & Vázquez,

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

2001). El hecho de tener fácil acceso a la cocaína es otra de las razones que aparecen en los discursos de los entrevistados.

“Lo que pasa es que la coca... cuando yo salía de fiesta tenía 16 años y eso no estaba como está ahora que la toman los niños de 15 años. Pero como la teníamos a mano...” (EM4)

“Entonces al traficar pues siempre la tenías encima y eso... lo que pasa es que al tenerla en casa te vas relacionando más con ella y la gente te dice <pues pruébala si no pasa nada, pues vamos a cenar, y te haces una y luego vamos por ahí y estamos toda la noche por ahí, y esto, lo otro...>. Y al final es... como dicen las personas <el roce hace el cariño> pues con esto no sé... de tenerla todo el día ahí, todo el día ahí... y un día la pruebas, pues voy a probarla que aunque un día me sentó mal voy a ver si hoy... y qué pasa: pues empiezas, empiezas, empiezas y cuando te das cuenta...” (EH2)

Existe una sólida asociación entre el consumo de cocaína y la vida recreativa de los consumidores. Consumir cocaína se convierte en una especie de premio que uno mismo se concede, un refuerzo ante la energía que se va a necesitar para vivir el momento de diversión esperado.

“Pues cuando estás consumiendo es como si lo necesitaras, por ejemplo, para relacionarte con los demás, para salir, como que lo necesitaras para expresarte mejor, para hablar con la gente, por si sales aguantar más el sueño...” (EH5)

“Trabajo cara al público y te vas poniendo las pilas y llega un momento que necesitas una emoción y decir [joder] esto es una maravilla... me he premiado, y si no ha sido con eso pues igual ha sido con una tarjeta VISA, y decir pues ahora me compro una colonia, pero bueno como yo hacía eso, me premiaba de esa forma, yo no he consumido para quitarme las penas, yo era para premiarme. Cuanto más contenta y feliz, más era de tirarlo todo por la borda y más me atrevía a hacer cosas, y ha sido una cosa de eso, de premiarme, que estaba confundida pero bueno...” (EM2)

Diferentes estudios han visto cómo la cocaína suele ser una sustancia que se consume con el objetivo de disfrutar en momentos de ocio (Mugdorf, 1994).

Entre las razones expuestas por los consumidores para explicar la forma en que se iniciaron hay una que predomina: la curiosidad. Pero también existen muchas otras motivaciones: los adolescentes y/o jóvenes escuchan hablar de la

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

cocaína a otros, se forman expectativas y es probable que en algún momento alguien les invite, iniciándose de esta forma en el consumo.

El grupo de amigos más cercano, es el marco de referencia que contribuye al afianzamiento de la identidad del joven frente al mundo de los adultos, de esta forma siente que pertenece a un grupo de iguales con los que comparte diversas características, estilos de ropa, gustos musicales, forma de expresarse y actitudes. Estos compañeros suelen ejercer una poderosa influencia, incluyendo el consumo de drogas, que adquiere connotaciones de rito de iniciación y constituye una trasgresión de las reglas adultas. La búsqueda de aceptación, y en definitiva el miedo a ser rechazado por los amigos, induce a los jóvenes a consumir ciertas sustancias. Como indica Comas (1992), el consumo de drogas se aprende, y el hecho de que los amigos consuman refuerza positivamente que esta conducta de consumo se repita.

“Yo empecé, lo probé, me lo pusieron, lo probé y no sé, conforme me hice la primera vi que lo hacía para divertirme, me gustaba...” (EH1)

“No sé, yo creo que la probé porque todos lo hacían, todos la probaban y empecé por los fines de semana.” (EM3)

“Te piensas que eres, no sé... para ser igual que los demás, o sea, te juntas con cierta gente y piensas pues si no hago esto... por hacerte notar... Te crees que por hacer esto eres más espabilada...” (EM6)

“Empezabas a salir, a beber... las compañías también tienen que ver mucho. Hombre, no tiene excusa, el culpable eres tú...” (EH6)

Una vez satisfecha la curiosidad inicial, el consumo continúa dependiendo de diversos factores. Las razones más alegadas son la búsqueda de placer y diversión, la sensación de tener más energía, el escapar de los problemas, aumentar la autoestima, la sensación de funcionar eficazmente, y la sensación de superioridad. Uno de los entrevistados comenta que una vez te inicias en el consumo es fácil encontrar varias razones por las que continuarlo, bien sea para evadirte o para divertirse.

“Yo siempre he dicho que consumes, tanto cuando estás espléndido, como cuando estás muy mal... Cuando estás muy mal para salir del problema y cuando estás espléndido porque te crees que todo te va bien...” (EH5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

La cocaína es una droga que logra transportar a la persona hacia sensaciones muy placenteras, dota de euforia, bienestar y placer, y es frecuente que captive desde el primer consumo. El consumo inicial y posterior enganche se deben a la atracción que se siente por esta droga desde el primer momento.

“Pero al que le gusta, lo sabe. Porque es el cuerpo, tú propio cuerpo el que te la admite o te la rechaza. A ti nadie te obliga a hacerlo, si tu cuerpo te lo admite y te gustó... me encanta. ¿Sabes que es lo malo de la cocaína? que es muy rica... Sí, me encanta...” (EH4)

6.1.3. Cómo perciben los efectos de la cocaína los consumidores

Ya se ha visto cómo las razones por las cuales se consume cocaína van variando en la medida en que cambian las expectativas y estilo de vida, llegando a un punto en que algunos consumidores se sienten mal tras consumir. Esto ocurre cuando aparece la culpa por consumir o cuando se dan cuenta de que tienen un problema de dependencia. En ese momento, el consumo deja de ser placentero y se convierte en algo mucho más negativo.

Los entrevistados han hecho referencia tanto a los efectos positivos iniciales como a los negativos, que suelen aparecer tras haberse consolidado el consumo. Entre los *positivos*, aparece como una sustancia que facilita en gran medida establecer relaciones sociales.

“Yo no sabía estar con una amiga para contarme cuatro cosas, ¿sabes? Ni contarle mis problemas, porque yo no era muy abierta. Entonces yo, para abrirme a la gente y poder tener amigos, poder tener un novio o cualquier tontería de estas, que son cosas de nosotras, ¿no?... a mí se me hacía cuesta arriba... drogándome pues me soltaba más.” (EM1)

“No consumía sola, consumía con él, pero a lo mejor cuando él y yo teníamos una bronca, yo llamaba por teléfono y me traían la coca a mi casa o bien dejaba a la niña en casa de mis padres, y yo me iba a mi casa, llamaba, la traían y a lo mejor por no discutir con mi marido, por hablar con él... A veces para poder hablar con mi marido mejor, nos hacíamos dos rayas y nos tirábamos hasta las 7 o las 8 de la mañana hablando. Cosa que si no nos hacíamos nada, a lo mejor, no nos mirábamos ni a la cara.” (EM5)

Pero también la cocaína es una sustancia que contribuye al aislamiento, transportando al consumidor a un mundo donde se siente cómodo, bien sea

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

manteniendo relaciones sociales con otras personas o bien sea en la soledad de su casa, pero con la sensación de bienestar tan anhelada.

“Cuando consumía estaba tranquila, sí me alteraba el corazón y todo lo que quieras pero... yo estaba en mi casa, estaba tranquila, relajada,... Claro, soy una persona que soy muy nerviosa de por sí, entonces yo me hacía algo y a lo mejor me quedaba en el sofá mirando la tele, me pasaba horas viendo la tele. O me ponía a hacer crucigramas o me ponía a...” (EM5)

Otro de los efectos que se reconocen como “positivos” es el bienestar inicial y la actividad que produce, por lo que permite hacer muchas más cosas al no sentir la necesidad de dormir. Aprovechar más el tiempo bajo los efectos de la cocaína, es uno de los efectos más valorados.

“Pero nada, si una noche te ponías pues... si te comías un gramo, te comías dos gramos, pues no dormías... Por lo menos el fin de semana lo aprovechabas, ¿sabes?” (EM4)

“Yo estaba más estimulado, me ponía más nervioso, pero que no consumía por el tratar con la gente, era por estar en casa un rato con el ordenador, no dormirme tan pronto... no sé como explicarte, era... me ducho, me acuesto, o sea cenó y me quedo en el sofá durmiendo. De la otra forma era pues durar un rato más, pero vamos que tampoco era... Estimulación más que nada.” (EH2)

La cocaína es un estimulante deseado porque por lo menos al principio responde a las expectativas esperadas, es un estimulante del sistema nervioso central que provoca sensación de euforia, inquietud, hiperactividad, aceleración, aumenta la comunicación verbal y frena la ansiedad, contribuyendo a una mayor desinhibición (Ochoa, 2000). La actividad es mucho mayor y más rápida, por lo que el hablar de forma continuada y el entablar relaciones sociales con facilidad, son algunas de las actividades más nombradas, muchas de ellas ocurren en tiempo de ocio y en contextos lúdicos.

“Yo no sé como explicarte, como si no se acabara el día, empalmas los días unos con otros, no tiene fin. Coges una carrerilla que ya no hay forma de parar, ya hasta que no caigas rendido, ya no paras de hacer eso, y de marcha toda la noche, a las ocho de la mañana estás ya como estás, sigues, hasta que ya el cuerpo... ya no va. No paro, metiéndole y metiéndole y metiéndole...” (EH3)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“...a mí lo que me hacía era hablar mucho, y si estaba en una discoteca bailar, como es normal bailaba muy acelerado, lógico... Y sólo era hablar,... hablar, bailar y poco más...” (EH1)

Cuando los consumidores explican las sensaciones que emergen tras el consumo de cocaína recuerdan una escena de transformación mágica, en la que alguien gris y apenado resurge y se convierte en otra persona completamente diferente llena de luz y alegría.

“Me noté como que era mejor. Como si eres el rey de todo, por decirlo así. Porque claro, el consumo es el problema que tiene, que te crees que ya lo vas a solucionar todo, que no tienes problemas, que te va todo de maravilla... parece que si tú estás dentro del ambiente eres mucho mejor. Entonces tú te sientes como más realizado. Tienes más mujeres, más eso...” (EH5)

La creencia de ser invencible, de bienestar, de seguridad y euforia son sensaciones muy estimulantes y por tanto contribuyen al “enganche” de esta droga. La sensación de vivir en un mundo irreal e idílico es uno de los efectos más asociados directamente con la cocaína, pese a que la realidad es muy diferente.

“De ji ji ja ja. Vas por ahí, eres conocido, crees que lo eres. O por lo que aparentas ser. No son ni amistades reales ni... Y claro, te mueves en una serie de ambientes con una serie de gente con la que prácticamente es con la que compartes todo. Pero no son ni amistades reales, ni nada...” (EH5)

Los efectos de la cocaína y su simbología se vinculan con la sexualidad dentro del contexto cultural en el que vivimos. Pero no porque la cocaína contribuya al mayor placer sexual, pues los consumidores expertos, pese a que reconocen que la cocaína puede facilitar la actividad sexual, desmienten este ideal. En muchas ocasiones, el deseo sexual es poderoso, pero no es posible consumir el acto sexual. Existen falsas creencias sobre la relación “ideal” entre la cocaína y el sexo, pues en muchas ocasiones resulta un estimulante que provoca y estimula la sexualidad, pero que, sobre todo en personas dependientes puede resultar muy difícil mantener relaciones sexuales satisfactorias.

“Lo dejé y me fui a alquilar unas películas de porno y todo eso. Y tratando de masturbarme, pero nunca puedo, la cocaína a mí nunca me deja hacer el amor. Yo nunca puedo, yo no me pongo erecto cuando estoy encocado... cuando estoy con el efecto ahí no puedo.” (EH4)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Luego llegó un momento que como estás enganchada y consumes tanto pues ya ni tienes ganas de sexo. O sea, todo lo que te ha parecido que estás muy activa y... es al revés, el efecto es el contrario. Cuanto más consumes, más te apagas. Sí, y entonces tienes menos ganas de practicar sexo...” (EM2)

En ocasiones se experimentan una serie de perversiones sexuales, se trata de un juego de poder, en el que tanto la cocaína como la sexualidad se complementan y se convierten en instrumentos de placer valorados.

“Son mensajes de esos obsesos, quiero [follarte]... Me pongo a gastar el móvil así tontamente, entonces eso son efectos que me producen. Me pone que yo me desnude, yo mismo en la habitación, me pongo como un exhibicionista, a correr en la casa desnudo, y me pongo a mirar un punto fijo de una ventana y pienso que alguien me está mirando y como si me exhibiera...” (EH4)

A día de hoy, la cocaína al igual que la sexualidad, están al alcance de cualquiera que quiera comprarlas, sin tener que someterse a demasiadas trabas morales. Son dos instrumentos de placer valorados, por lo que el soñar con tener libertad de consumir drogas y “comprar” juegos sexuales, son parte de la posición de privilegio que hasta no hace mucho sólo era accesible para unos pocos. No es tan importante el mantener relaciones sexuales, lo que realmente satisface es el comprar este servicio y combinarlo junto con el consumo de la cocaína.

“O sea me hace hacer esas cosas, me hace actuar de esa manera, pero yo solo, en mi habitación, ahí en la casa y me pongo a oler, y a oler, y a oler viendo porno. Eso es lo que me pone. Y luego me voy a buscar mujeres y no soy ni capaz de hacer el amor, bueno hacer el amor con esas mujeres no se hace, eso es tener sexo. No soy ni capaz, simplemente es como si quisiera tener una persona a mi lado con quién conversar, pago para conversar, no pago ni para tener sexo.” (EH4)

“He estado con muchas prostitutas, lo reconozco, y hablaba con ellas y como es normal, como no se te... no se te levantaba, pues me gustaba hablar. A mí es que siempre me ha gustado hablar mucho y con la cocaína pues me daba mucho más que hablar.” (EH1)

Uno de los efectos negativos es la sensación de persecución y paranoia que se puede experimentar. Aparecen ciertas actitudes y conductas que pueden semejar conductas antisociales, inmaduras o narcisistas, y que normalmente desaparecen al dejar de consumir.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Pero encocado no hablo con nadie, con nadie, y trato como de esconderme y me pongo como a mirar y ya me están mirando y... y es éste me está mirando y uff a mí eso, es muy maluco, muy maluco... porque yo soy hornero y yo me escondía detrás de la máquina y me metía ahí y es... ¡uy que están mirándome, que están mirándome! Y te da por eso, te pones ahí todo eso y como si alguien me estuviera mirando así, asa y... eso no se lo deseo a nadie.” (EH4)

Conviene aclarar que los efectos de la cocaína normalmente van acompañados por otros que producen otras sustancias, pues se encuentra una sólida relación entre el consumo de cocaína y el policonsumo de sustancias legales e ilegales. El cocainómano/a no es un consumidor *puro* de una sola sustancia, también suele consumir alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales. Autores como Ditton y Hammersley (1994) han observado que una alta proporción de consumidores de cocaína suelen consumir otras drogas legales e ilegales.

“Yo consumía de todo, un tripi, dos, pastillas, speed, cocaína, todo, yo era de todo, y así he estado quince años. Bueno, algo salvaje, a lo bestia...” (EH6)

Dentro de este policonsumo, el alcohol es la droga que se asocia con más frecuencia a la cocaína (Flanner, Morgenstern, McKay, Wechsberg & Litten, 2004), y así lo confirman los entrevistados, pues indican que la cocaína y el alcohol son dos sustancias que se complementan. El alcohol es la sustancia clave en la lógica del consumo de cocaína y está comprobado que los consumidores de drogas ilegales normalmente han consumido previamente otras sustancias, como el alcohol o el tabaco, y son denominadas “drogas de entrada”.

Por tanto, hay una vinculación entre el alcohol y la cocaína, y esa complementariedad se refiere a que la cocaína ayuda a controlar los efectos del alcohol y se consume para seguir bebiendo sin embriagarse.

“Al mezclar las dos cosas eso es como un cóctel... que se va la cabeza, se te va, se te va... Que no razones bien, crees que razones bien pero que no... Que va, que va, que va... Hay días que no lo ves, ves lo que quieres, ves lo que estás viendo, lo que tú quieres ver. Cuando ya llevas mezcla de las dos cosas, ya hay días que ya ni piensas bien. Beber es... te transforma, por lo menos a mí... y hay mucha gente que está en esto, quizás le pase igual que a mí, te bebes dos copas y a partir de ahí ya... O bien para quitarte la borrachera, que también hay mucha gente que hace eso, te tomas un gramito, te baja el pelotazo y ya... pero por ahí se empieza. Pero es que no me he dado mucha cuenta de lo peligroso que es el alcohol, eso es peor que la coca.” (EH3)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Y de esta forma los efectos del alcohol quedan latentes y se postergan, para conseguir alargar la fiesta, o los momentos deseados.

“... te quedabas muerto en la cama y me levantaba cuando me encontraba un poco mejor, o incluso mal, cogía una botella de whisky o de ginebra, coñac o lo que fuera, cascaba y a seguir drogándote... así toda la vida...” (EH6)

Pero también la complementariedad de estas dos sustancias actúa de otra forma, y es cuando el alcohol transfiere a la cocaína parte de sus efectos depresores y algunos consumidores lo utilizan como “somnífero”.

“A mí nunca me ha hecho falta beber... yo bebo supuestamente para dormir. Me ayuda a dormir cuando tomo cosas fuertes. Pero últimamente estaba cogiendo el hábito de que, como yo trabajo por turnos, turno inglés, mañana, tarde y noche, entonces como yo salía a las seis de la mañana, llegaba a casa a las seis y media, y veía el bar abierto y comencé con la afición a tomar coñac.” (EH4)

El alcohol además de acompañar con frecuencia el consumo de cocaína, es también declarado por los entrevistados como uno de los factores de riesgo más nombrados y *temidos*. Entre los cocainómanos, el consumo de alcohol suele inducir al consumo de cocaína y una simple copa puede acabar en una noche repleta de alcohol y cocaína.

“... pero empiezas a beber, y después te haces un porro, y después una rayita...” (EH6)

“Bebes y a partir de ahí viene la cocaína, ese es el problema. Y a parte que la encuentras por todos los lados... Pero el alcohol yo creo que es el problema más gordo quizás peor que la cocaína, lo que te lleva a llegar a la cocaína. Parece que no, pero yo me doy cuenta ahora... Yo creo que el alcohol era la mecha que te hace buscar la cocaína... El alcohol ni lo tomo. No lo tomo por eso, porque cuando lo tomo tengo que buscar lo otro... hay mucha gente enganchada a la coca por culpa del alcohol.” (EH3)

6.1.4. Progresión hacia la dependencia

La cocaína es una sustancia adictiva que debido a sus peculiaridades es difícil de conceptualizar dentro de los modelos clásicos de sustancias adictivas. Hasta hace pocos años se persistía en la idea de la inocuidad y falta de capacidad

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

adictiva de la sustancia y no sólo en opinión de personas más o menos entusiastas de ella, sino también en tratados de psiquiatría, como el de Kaplan, Freedman y Sadock de 1980. En el mismo se puede leer que la cocaína no causaría ningún trastorno si no se utilizara más de 2 o 3 veces por semana. No es hasta la aparición del DSM III-R que se conceptualiza el diagnóstico de dependencia de cocaína.

La utilización de toda droga entraña siempre el riesgo de generar en el individuo una situación de abuso. Este riesgo, que es distinto para cada sustancia depende de tres factores importantes: la farmacología de la droga, es decir la forma de actuar sobre el organismo y especialmente a nivel del Sistema Nervioso Central; las características de personalidad y circunstancias personales del sujeto; y las condiciones socioculturales que rodean al individuo, tales como la presión social hacia el consumo o la facilidad de adquisición de la sustancia.

Los primeros consumos son *experimentales*, y corresponden a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las cuales puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en la que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo. Como ya se ha comentado anteriormente, las motivaciones para iniciarse en este tipo de consumo pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, la facilitación de la comunicación, relajación, y transgredir las normas, entre otras. En estos primeros momentos, el individuo suele desconocer los efectos de la sustancia, y generalmente, el consumo tiene lugar en el marco de un grupo que le invita a probarla. Tras los primeros consumos experimentales aparece el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; y ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume.

“Pues no sé, hace muchos años, eras joven, te hacías una raya y estabas hasta las diez de la mañana y bebías y era muy bonito y cada vez vas a más...” (EH6)

“...yo al principio no era algo que mandaba sobre mí, yo me hacía cuando quería, a lo mejor el fin de semana no me hacía, me hacía entre semana porque tenía que limpiar la casa, o sea, que no era el enganche... este que tenía a lo último...” (EM4)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

El *consumo habitual*, supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad; y reducir la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; y sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

“... antes de ir a las discotecas, era la coca en el instituto, y yo pues buscaba, no sé, palique con la gente, poder soltarme y hablar de cualquier cosa sin escrúpulos, y a mí me gustaba... me gustaba el amargor que sentía, y fumarme los puritos me encantaba... la coca me encantaba, me encantaba...” (EM1)

El *consumo abusivo* es el siguiente paso, y en este momento el individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar. El consumo es recurrente y acarrea el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o bajo rendimiento, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa...). Ahora se consume la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conduciendo un automóvil o accionando una máquina), y pueden comenzar los problemas legales reiterados con la sustancia (arrestos por comportamiento escandaloso). En definitiva, se continúa en el consumo pese a tener problemas sociales recurrentes o líos interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las drogas (discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, violencia física, etc.).

“Muy distante. O sea, básicamente es que pasas de la familia. Sólo te acuerdas de la familia cuando vas a hacer la gran obra de teatro, cuando vas a engañar, sí, porque es así, vas contando una película, cuando no se te ha averiado el coche, se lo ha llevado la grúa, cuando tal... para ver si te pueden ayudar económicamente... Y prácticamente ni los disfrutas, porque no estás compartiendo nada con ellos, están alejados totalmente.” (EH5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

El último nivel en esta escalada es la *dependencia*, en este momento el individuo establece una relación particular entre él, como persona, y el uso de una droga, en que se da prioridad al consumo en detrimento de otros comportamientos. Existe la necesidad de tomar la droga y evitar los síntomas de la privación. La dependencia es un fenómeno de adaptación mediante el cual el organismo aprende a vivir con la droga, tolera dosis progresivamente mayores y reacciona a este hábito presentando ciertos síntomas físicos de abstinencia cuando lo privan de su uso.

La evolución del consumo crónico de cocaína lleva a que el consumidor, en este caso los dependientes, comiencen a experimentar efectos antagónicos. La cocaína pasa de ser una sustancia asociada a la vida recreativa y de socialización, a ser una droga de consumo solitario, oculto, en el que la constante es el sentimiento depresivo, la inhibición, el retraimiento social, la rumiación del pensamiento y las ideas paranoides. Llega un momento en que el cocainómano se ve envuelto en una espiral de consumo en la que no acaba de saber la verdadera razón del mismo. Intenta recuperar el efecto placentero y al mismo tiempo evitar la disforia que siente, sin ser consciente de que cada vez más se adentra en la adicción y la soledad, alejándose del placer y la integración social.

“Claro, siempre estás de mal humor, no tienes ánimos, parece que no estés bien, y ya al final ni te pones bien, ya al final no te pone ni bien.” (EH3)

“... Y llega un momento que la droga no te sienta bien, paranoias, caerte mal, lo que pasa es que tú te sigues metiendo, metiendo, metiéndote y estás muerto en la cama y te sigues metiendo para estar en casa, porque llega un momento que... hay gente que aguanta más, que aguanta menos, hay gente que cae antes, pero llega un momento que con la droga no te lo pasas bien, todo lo contrario. A parte de que te sienta mal y te encuentras mal es que te puedes hasta morir, y te sigues metiendo... pero llega un momento que no te sienta nada bien y todo son paranoias.” (EH6)

Entre los testimonios de los cocainómanos se pueden constatar el cuadro clínico establecido por Dackis y O'Brien (2001) que caracterizan a los dependientes de cocaína con la pérdida de control sobre el consumo y la aparición automática de conductas de riesgo y autodestrucción.

“Primero era viernes y sábado, con tu mujer, en casa, cenar y tal y tal. Pero luego ya un lunes porque tal, el miércoles porque no sé que, el viernes... y cuando te das cuenta estás día sí, día no, o todos los días.” (EH2)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“...empecé pues el fin de semana, luego un fin de semana no, otro sí, luego ya empecé todos los fines de semana, luego ya empecé un día a la semana, y ya acabé, pues todos los días, haciéndome a todas horas... O sea, sin darte cuenta pues te metes ahí.” (EM3)

Aparecen complicaciones graves e inevitables (de tipo médico, económico, familiar, laboral y legal), debidas al consumo y como consecuencia derivada de la pérdida de control sobre el mismo.

“... cada día peor y más consumo y todos los días y si hacía falta... matar lo harías, cuando vas de esa manera harías cualquier barbaridad, y claro, al final la gente se cansa, al final lo puedes perder todo y quedarte solo en la vida o morirte.” (EH6)

También es frecuente que se dé la negación de la enfermedad y/o sobrestima de la capacidad propia para reducir o abstenerse del consumo. Es frecuente encontrar una falta de consciencia de la dependencia. La mente de los consumidores puede hacer uso de múltiples recursos para el autoengaño. Si alguien tiene un problema ‘mayúsculo’ con las drogas, pero aún no quiere o no puede aceptarlo, su mente lo puede convencer de que nada está mal. Y no importa lo que digan sus familiares o amigos, es muy probable que la persona continúe negando que tenga un problema.

“... pero como estaba enganchada a la cocaína sin yo saberlo... porque, claro, aunque consumes esporádicamente, estás enganchada a la cocaína.” (EM2)

Aparece una pérdida de sensaciones originales al consumir cocaína, que no disminuyen el consumo. En el caso de la cocaína, los mismos dependientes explican cómo sus consumos experimentales y de fin de semana pasan a ser consumos mucho más frecuentes con el objetivo de aliviar los efectos de no tener la sustancia en el organismo, y acaban siendo diarios y produciendo efectos muy diferentes al placer que sentían en los inicios.

“... Pero luego ya es como que te habitúas, como que tu cuerpo, a lo mejor tienes la nariz ya que te duele de lo que te has hecho en todo el día, pero el cuerpo te pide más, el cuerpo te pide más y tú no lo puedes evitar... Yo no podía pensar que me iba a levantar un día por la mañana y que no iba a tener una raya ahí, porque me moría.” (EM1)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Entonces ahí ya perdí los papeles, perdí los papeles porque empezaba a consumir un jueves y acababa un domingo, a lo bestia. Y en un fin de semana llegar a gastarme 80.000 pesetas y... así...” (EM2)

Aparece una apetencia intensa de cocaína que prelude conductas incoercibles de búsqueda. La avidez de consumir suele tener una presentación breve (segundos o minutos de duración) y es característicamente intermitente y repetitiva. También se da el fenómeno del apremio o “priming”, es decir la compulsividad que obliga a consumir más tras experimentar los efectos iniciales.

“Uno siempre piensa que poquito, con poquito, con poquito... pero luego ya llega cuando quieres seguir aumentándola y aumentándola hasta que... Yo me he olido bolsas así de hasta cinco gramos, me las he olido cuatro o cinco en una noche...” (EH4)

También aparecen alteraciones en las funciones ejecutivas y motivacionales.

“Al principio no, o sea, cuando empiezas a consumir no, pero ya, cuando te habitúas a ello es como que estás todo el día agobiada y que no tienes ganas de nada, nada más que de meterte coca, es algo así.” (EM4)

Es habitual que los cocainómanos tengan pensamientos rumiatorios sobre la cocaína de carácter intermitente y padezcan ciclos de consumo y abstinencia, pero el deseo intenso de consumir cocaína es constante entre los dependientes de esta sustancia. Este deseo es un fenómeno complejo que resulta tanto de la capacidad de refuerzo positivo de la cocaína, pues proporciona satisfacción y placer, como del refuerzo negativo, pues los estímulos placenteros habituales en el pasado dejan de motivar, dando sólo cabida a los buenos momentos a través del consumo de cocaína.

“De euforia, totalmente, en un principio, luego cuando ya estuve enganchada, era al contrario... o sea, pillábamos por ejemplo y entonces yo prefería que él se fuera a acostar, a dormir, y yo sola haciéndome la cocaína viendo la televisión, porque ahí ya estás enganchadísima...” (EM2)

“Después llegó el momento en que consumía gramos y ya no sabía otra cosa que hacer que conforme cobraba me gastaba el dinero... duraba nada. En el fin de semana, la nómina del mes me la gastaba, en un fin de semana. Al principio

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

fue por diversión y después ya era adicción total. En seguida que tenía dinero me volaba, fueran veinte euros, como si fueran cincuenta...” (EH1)

“Es una cosa que es como levantarte e irte a desayunar, lo mismo. Lo necesitas para desarrollarte mejor como persona, si no es que no vales nada, no tienes ganas de nada, no tienes ninguna motivación, estás hecho un pelele. Parece que consumes y dices <ya soy yo. Ya soy yo, X, soy el mejor del mundo y puedo con todo, soy el rey>. Te engaña, o sea, te está engañando, porque no estás, no estás en la realidad... Cuando te das cuenta que todo son problemas ya la utilizas para escapar de un problema.” (EH5)

La progresión del consumo de clorhidrato de cocaína a fumar cocaína en forma de base, es un claro ejemplo del poder adictivo de esta sustancia. Algunos sujetos se pasan a otras formas de cocaína y otras vías de administración para conseguir efectos más potentes y también con mayores consecuencias, pues el efecto euforizante y el desarrollo de la dependencia es mucho más rápido en el caso de la cocaína base.

“Hombre me ha llevado a problemas, como que de la cocaína me pasé a la base, yo he sido una tía que pasé de las discotecas para irme a barrios de por aquí de Valencia a pegarme fumadas de base.” (EM1)

El perfil más característico del dependiente de cocaína es el de una persona que presenta tolerancia, auto-administración compulsiva, y síntomas de abstinencia cuando interrumpe el consumo (Caballero, 2005). La dependencia de cocaína suele producirse años después de iniciar el consumo pero en algunos casos se establece poco tiempo después de iniciado, en apenas unos meses. En la dependencia avanzada, la motivación del individuo está enfocada básicamente en el deseo de consumir, existe un descuido claro de intereses y responsabilidades personales, llegando a realizar actividades ilegales o mal vistas socialmente para obtener la cocaína.

6.1.5. La cara oculta del consumo: comienzan los problemas

La relación con la cocaína se inicia como un período de diversión y estimulación positiva, en la que la sustancia fascina y seduce, algunos aprenden a mantener una relación intermitente con la sustancia con lo que se consigue prolongar durante muchos años estos efectos positivos. Otros pasan a un consumo más frecuente y de ellos una gran parte se convierte en dependientes, cuando esto ocurre, la seducción inicial de la sustancia desaparece y tan sólo queda la necesidad y el impulso de consumirla. Las consecuencias asociadas al consumo

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

de cocaína, según los entrevistados, se pueden clasificar en consecuencias de tipo físico, psicológico, familiar y social.

Entre las de tipo *físico* destacan aquellas relacionadas con la pérdida de peso, que es uno de los signos más claros y visibles de los consumidores abusivos o dependientes de cocaína. Pese a que la cocaína provoca una rápida pérdida de peso tanto en hombres como en mujeres, tan sólo ellas mencionan este hecho.

“El físico porque me quedé súper delgada, y lo que son los mofletes absorbidos.” (EM1)

“Pues que me quedé súper flaca. Usaba una talla treinta y cuatro y mi madre me la tenía que arreglar para que me viniera bien...” (EM3)

La anorexia típicamente asociada a la cocaína se produce principalmente por un efecto a nivel del sistema nervioso central (Mello & Meldenson, 1997). Aunque puede también encontrarse asociada a cualquier otra alteración orgánica producida por la cocaína. Actuando a nivel central, probablemente en el hipotálamo lateral, la cocaína puede suprimir el apetito y producir una importante pérdida de peso.

Otra de las consecuencias físicas son las relacionados con las vías respiratorias, pues la vía intranasal es la más habitual de consumo. Las complicaciones se presentan en forma de sinusitis, osteítis, y perforación del tabique nasal.

“Que he perdido audición, en el oído.” (EM1)

“A nivel físico me sigue cayendo el moco. Es increíble. Mira, ves, esta voz pues cada dos por tres. No oigo bien, seguramente porque tengo este agujero mucho más grande que este... yo siempre esnifaba por este lado. Sigo sonándome y por ejemplo siempre... tiro trozos. Que no sé esos trozos qué son porque me da pánico ir al médico. Se me inflama la garganta, no oigo muy bien y he perdido vista. Y eso me han dicho que es por el consumo. Porque además, cuando más consumía menos veía.” (EM2)

La perforación del tabique nasal es frecuente y se produce por una combinación del efecto traumático de la inhalación de cristales de cocaína a gran velocidad, y los ciclos repetidos de vasoconstricción e hipoxia de la mucosa nasal, anestesia de la mucosa y trauma (Bigment, 2003). Los síntomas comienzan con

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

crepitación nasal y dolor, y posteriormente silbidos por entrada de aire en inspiración (Oztecán et al., 2000).

“A mí me dolía todo esto, me daban como calambres, y cosas, cuando me sonaba la nariz, porque yo tenía muchos problemas con la nariz. Yo ahora mira, esto de aquí, es un hueco que me ha quedado, yo esto lo tenía todo muy mal.” (EM4)

Las consecuencias de tipo *psicológico* varían, algunos autores indicaban hace ya décadas, que el consumo de cocaína crónico producía depresión, irritabilidad y agotamiento general (Rosecan & Spitz, 1990). Los trastornos psicológicos más frecuentes que se asocian a la cocainomanía son los trastornos de tipo afectivo, siendo muy frecuentes los trastornos depresivos (Brown et al., 1998; Compton, Cottler, Jacobs, Ben Abdallah & Spitznagel, 2003), y así lo expresan los consumidores.

“Yo es que cogí depresión ya al final, estaba siempre triste, siempre llorando, desganada,... me hinché muchísimo... Pues eso es lo que te hace al final. Porque al principio es como que tu mandas, luego ya... Yo lo he pasado muy mal al final. Yo llegué aquí con una depresión muy grande. Muy triste, muy triste... Y muy triste y muy mal, no tenía ganas de nada. O sea un asco de persona.” (EM4)

“El trabajo, fatal, he estado a punto de divorciarme, de irme a vivir con mis padres, al trabajo no vas, llega un momento que te pones malo, con depresiones y ansiedades, y no puedes ir a trabajar, y médicos y mal, pero fatal. Es muy grave, muy grave... Porque te cambia el humor, ansiedad, depresión, llega un momento que no te puedes ni levantar, que estás muerto. Hombre, a lo mejor el que está menos años, pero es que yo son quince años drogándome, he estado muy, muy mal,... no me he muerto de milagro. Yo fui a un psiquiatra muy bueno que hay aquí en Castellón y cuando me miró me dijo: o hace algo o se muere. Yo he estado fatal, no poder comer, no poder hablar, prácticamente muerto.” (EH6)

La asociación entre depresión y dependencia de cocaína tiene varias razones de ser, como que los síntomas de la abstinencia de cocaína son semejantes a los depresivos (Uslaner, Kalechstein, Richter, Ling & Newton, 1999). El estado de ánimo depresivo que se produce después del consumo da lugar a una resaca que cursa con el abatimiento o “crash” y que suele ser autolimitada. Por otro lado, la duración del consumo de cocaína resulta ser un predictor de la aparición de depresión en el curso de la cocainomanía (McMahon, Malow & Loewinger, 1999). En la mayor parte de las ocasiones, la depresión sigue al consumo de cocaína, pero todavía no se sabe con certeza si es consecuencia

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

directa del consumo o también del estrés social, familiar y laboral que acompaña la dependencia de cocaína, manifestándose una serie de factores asociados que difícilmente pueden separarse unos de otros.

También los trastornos de ansiedad están relacionados con el consumo abusivo y dependencia de cocaína, pues aparecen muchos síntomas de ansiedad y crisis de angustia. La fobia social, la agorafobia y los trastornos de estrés postraumático son cuadros de angustia muy comunes y se presentan en mayor medida entre los cocainómanos que entre la población general (Cottler, Compton & Mayer, 1992).

“Como que te están observando, venga mirar por la mirilla, no eres capaz de abrirle la puerta a nadie... no sé, es una cosa como si estuvieras loca perdida, igual... porque a mi me sentaba fatal, yo me quedaba encerrada en la habitación y yo no salía, vamos... me sentía observada por todo el mundo.” (EM6)

Algunos síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína. La psicosis del cocainómano suele estar precedida por un período de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico.

“Mal, mal, mal, ya te digo yo, fatal, fatal, súper acelerada, las manos tiquitiquiti,... fatal, yo me encontraba fatal... Consumía y quería más, más y más, más... Pero una vez dejaba de consumir, era un nerviosismo, un que no sabía, no saber que hacer... piensas que me tengo que ir a casa, ¿cómo me voy a ir a casa si de aquí no puedo salir? Es que, no me atrevo a salir a la calle, por si me encuentro con alguien...” (EM6)

Los consumidores acusan alteraciones de la memoria, y concentración. Generalmente, estas alteraciones se relacionan con la cantidad, frecuencia, y duración del consumo.

“Consumir, más o menos ocho o nueve años, no lo sé porque la memoria... la memoria ya se te va mucho, ahora me estoy dando cuenta que la memoria se te va.” (EH5)

Dackis y O'Brien (2001) y Bolla y Cadet (1998) en distintas series de cocainómanos, han descrito diversas complicaciones neuropsiquiátricas con base orgánica cerebral además del deterioro cognitivo y alteraciones atencionales,

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

como por ejemplo, introspección, inestabilidad emocional, descontrol de impulsos, agresividad patológica y alteraciones de la motilidad.

Por otro lado, los problemas *familiares* son muy frecuentes en la vida de cualquier cocainómano. Los conflictos que genera la dependencia de la cocaína trasciende a todos los miembros de la familia, las disputas se hacen más frecuentes, y los problemas constantes.

“Casi siempre estabas de mal humor y de mal genio, y claro... es que eso lo llevas encima. Con la familia lo pagas más todavía que con los amigos, con los amigos pues te aguantas más, estás como tienes que estar.” (EH3)

“En mi caso, mi familia lleva una vida normal, entonces ningún día te comunicas con ellos, ningún fin de semana dices voy a ver a mi sobrino, voy a comer con ellos, o mis padres... los tienes ahí al margen... Sólo cuando tienes un problema dices... <mi hermanito, o mi mamá o mi papá> por decirlo así en plan tonto, voy a venderles la moto, les voy a hacer la llave del veinte doce y voy a ver como les hago la trampa para sacar lo que yo busco, es egoísmo puro.” (EH5)

“... pero si supiéramos lo que estamos haciendo... ya no es que nos matamos nosotros, es que matamos hijos, mujer, padres, si realmente supiéramos lo que estamos haciendo, cogeríamos y nos pegaríamos un tiro.” (EH6)

Las mentiras, la dejación de responsabilidades, el dispendio económico, las alteraciones del ánimo y de la sexualidad del cocainómano, alteran regularmente la vida familiar; las familias suelen sentir angustia, culpa, miedo o vergüenza ante el problema y por ello, pueden actuar muchas veces de forma inadecuada.

“Y esto es muy duro, si es duro para el que lo está viviendo, imagínate para el que no se droga y eres su hija, es mucho más duro aún, yo pienso que tiene que ser mucho más duro aún... con mis padres...mi madre tiene ataques de ansiedad y mis padres están a punto de divorciarse por mí.” (EM1)

Las mujeres son por lo general las principales responsables de cuidar a sus hijos y además tienen que hacerse cargo en la mayoría de los casos de las tareas domésticas. El abandono del cuidado de los hijos entre las cocainómanas es frecuente y una secuela que marca a los niños.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“... ya lo último es como que te lo haces pues porque el cuerpo te lo pide,... No atendía mi casa, no hacía de comer, llegaba tarde al trabajo, no tenía ganas de nada.” (EM4)

“A nivel emocional con mis hijos... con mi hija X estoy yendo ahora a un psicólogo para las dos, X es la mayor, y con los otros dos pues piensas cuántas barbaridades he hecho, me he perdido, he preferido que mi marido les cambie el pañal y esté con ellos, o no han salido en todo el fin de semana a la calle porque yo estaba colocadísima, ... y lo piensas ahora y dices madre mía de mi vida... lo que pasa que los nanos son pequeños, tienen 3 y 2 años. Y ahora llevo un año sin consumir, salimos todos los domingos... es remediable. Con Alejandra me está costando más porque si ibas ciega pues te da todo igual... si hace la cama, si no la haces pues... da igual hija, cualquier cosa, y eso a la larga, quieras o no... y más ella, ahora en la edad del pavo, con 12 años... yo hace ya un año que no consumo, entonces ella supongo que en estos 4 años habrá visto conductas ilógicas mías que ahora no entiende porque yo estoy en mi sitio otra vez... y ese es el conflicto que ahora tenemos las dos, que tenemos que solucionar, claro.” (EM2)

“... con el marido, llegó un punto que ni teníamos relaciones, ni nos hablábamos, ni nada de nada.... siempre tenía la casa desordenada, broncas con mi marido porque no hacía nada en casa... llegó un punto que estaba tan cansada que no hacía nada...” (EM5)

La pérdida de la custodia de los hijos es una de las consecuencias más graves que conlleva la desestructuración familiar entre los dependientes de cocaína.

“Luego que mi pareja tiene a mi hijo con él, que lo podría haber tenido yo conmigo y por mi cabeza loca pues lo tiene él. Que me lo va a devolver cuando las cosas se aclaren, pero bueno...” (EM6)

Otro problema muy relacionado con los conflictos familiares, son los económicos ya que al tratarse de una droga cara (50 o 60 euros el gramo) hace que su economía se vea dañada por lo que se recurre a robar y engañar. Las deudas y los engaños para conseguir dinero para cocaína son constantes, el dependiente de cocaína miente con un único propósito: seguir consumiendo.

“Pues el último, hasta que perdí el trabajo... la familia... ya últimamente hasta que ibas a un sitio y no te dejaban entrar...” (EH3)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Pues mira, problemas como que estaba pagando cosas, coche y piso, pues que mi madre me tenía que sacar de ahí... tenía que pedirle dinero... para echarle gasolina al coche... o le pedía dinero para una cosa y después resulta que era para droga.” (EH1)

“Los problemas económicos aparecen ahí, no lo llevas todo en línea, o sea, la vida normal de la persona que tiene sus pagos, su vida... estás siempre entrampado y empiezan los engaños, a utilizar a los demás para salirte con la tuya.” (EH5)

La conducta de los cocainómanos está caracterizada por retraimiento o evitación social anormales, dejan de ver a los amigos de siempre, a excepción de aquellos con los que suelen consumir y terminan por estar aislados. El aislamiento, la búsqueda de espacios donde no enfrentarse a situaciones sociales cotidianas, el huir de cualquier contacto con otras personas, son entre otras, algunas de las consecuencias de tipo social que sufren los dependientes de cocaína. La situación puede llegar a un punto en el cual los dependientes no sean capaces de relacionarse si no es bajo los efectos de la cocaína y evitan contactos que no tengan como finalidad el consumo.

“Cuando ya empiezas un jueves y acabas un domingo, eso ya es un problema, y esos 4 días estás sin comer, estás más irritable, no hablas para nada... porque yo te digo que cuando llevas dos años así, un año así, el efecto es totalmente al contrario, al revés, hablas menos, te comunicas menos, tienes menos ganas de nada...” (EM2)

“... llega un momento en que estás sola viendo la tele, y estás agotada y sigues haciéndote rayas... y no tienes ganas de hablar con nadie ni tienes ganas de nada.” (EM2)

“Porque yo problemas con la gente no tenía, y llegó un momento en que cada vez me iba separando más de la gente.” (EH1)

“... yo si me hacía una me tenía que ir a mi casa, yo no podía estar por ahí ni meterme en ningún sitio,... Hay gente que está en su casa con su madre y su padre hablando y han consumido y están hablando tan tranquilos, yo no, yo era obsesión con irme a mi casa, tenía que ser en mi casa, en mi casa lo que hiciera falta, pero en mi casa.” (EH2)

“De pronto yo sufrí agorafobia, creo que le llaman, agorafobia, miedo a estar rodeado de personas, y siempre lo hacía yo solo en mi habitación o si estaba

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

con los amigos escuchando musiquita... porque la cocaína a mí me encerraba, no me gustaba el estar rodeado de personas ni nada.” (EH4)

Otra consecuencia de tipo *social* es la cantidad de problemas legales con los que se encuentran los cocainómanos, especialmente por tráfico de drogas, que en ocasiones es el medio económico que utilizan para poder pagar el consumo diario. El tráfico no solamente les proporciona la sustancia en las cantidades requeridas, sino que también puede convertirse en una importante fuente de ingresos.

“Es que nosotros mira, nosotros veníamos aquí porque a mi marido lo cogieron traficando con coca...” (EM4)

“Problemas los he tenido todos, incluso he estado a punto de ir a la cárcel cinco años, con abogados, juicios, me he gastado un montón de dinero, cada día peor, cada día que pasa es peor...” (EH6)

“Y luego caes, como es mi caso, en problemas judiciales, ya te metes en mundillos... por el consumo... empiezas con problemas económicos... en mi caso fue <pues voy a ver si me lo costeo y salgo de los problemas económicos>. Pues decir <voy a ser yo el que haga una serie de historias, saco de ahí el dinero, y encima me sale gratis y voy tapando esos agujeros que tengo económicamente>.” (EH5)

“... me cogieron y estuve encerrado y pienso que a partir de ahí, me vino bien entre comillas, porque nadie quiere estar allí, pero... me ha venido bien porque me ha dado una vuelta la vida.” (EH2)

6.2. Cocaína y violencia

La violencia se refleja en los discursos de los entrevistados de dos formas, la primera a través de las experiencias vividas durante la infancia. Siendo importante señalar en primer lugar, que los conflictos familiares, los hogares problemáticos o rotos, las desavenencias conyugales, los problemas de pareja, las separaciones y divorcios, y por supuesto la violencia dentro del entorno familiar suelen tener un impacto negativo en las pautas de crianza y educación, y facilitan la aparición de problemas durante la etapa de la adolescencia, como conducta antisocial o abuso de drogas (Espada & Méndez, 2002).

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

En segundo lugar, los entrevistados indican cómo la cocaína ha podido influir en el desarrollo de comportamientos violentos tras haberse convertido en dependientes. Estas conductas han aparecido en diversos contextos, como los sociales, laborales, o familiares, y se ha expresado bien de forma física o psicológica.

6.2.1. Experiencias violentas previas al consumo de cocaína

Las investigaciones revelan que la vivencia negativa de las relaciones familiares está relacionada con un mayor consumo de drogas. Arbex, Porras, Carrón y Comas (1995) señalaron cuatro estilos educativos que se pueden considerar de riesgo. En primer lugar se encuentra la confusión de modelos referenciales, es decir la existencia de ambigüedad en las normas familiares, y un déficit de habilidades parentales; en segundo lugar, la sobre protección de los hijos puede generar una gran dependencia de éstos hacia sus padres, y esto puede interferir en el desarrollo de su propia iniciativa, autonomía y responsabilidad; en tercer lugar, la ausencia de refuerzos positivos por parte de los padres, puede provocar que el niño desarrolle un autoconcepto negativo de sí mismo, pudiendo producir desajustes sociales y personales; y por último, la rigidez de las estructuras familiares, hacen que los niños/adolescentes tiendan a la sumisión o bien a la rebeldía contra esa estructura. Estas opciones influyen negativamente en la persona pues pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad u oposición al mundo de los adultos.

Estos estilos educacionales han sido vividos por los entrevistados durante su infancia de una u otra forma, unos han recibido una educación demasiado disciplinada, mientras que otros no han sido reforzados positivamente, el resultado final ha sido un desarrollo personal problemático.

Uno de los motivos por lo que los padres pueden actuar de forma injusta y demasiado rígida, es que el estilo perceptivo de los padres con respecto al hijo puede estar sesgado y pueden llegar a percibir la conducta de los hijos de forma negativa, como intencionada para provocarles. En este caso, el estilo de disciplina excesivamente punitivo manifiesta dificultades para controlar la conducta del hijo.

“... llegaba 5 minutos tarde y era entrar por la puerta y empezaba a correrme a [hostias]... por llegar 5 minutos tarde. Algún día me ha amenazado con un cuchillo y todo...” (EM5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Cabe resaltar que en algunos discursos donde se expresan maltratos físicos recibidos durante la infancia todavía se plantean si realmente existió el maltrato o si tuvo alguna relación con el posterior consumo.

“Lo único que recuerdo de mi padre es un azote general, no voy a decir maltrato pero azotes... Eso se me ha quedado en la cabeza... estoy jodido psicológicamente... la verdad es que es de las pocas cosas que se me ha quedado de él.” (EH1)

Se pone de manifiesto cómo el consumidor duda de la relación directa que podría tener el maltrato recibido por parte de su familia y su dependencia a la cocaína. Hay un intento de separar ambos hechos.

“Mi infancia ha sido buena dentro de lo que cabe. He tenido unos padres maravillosos, se han preocupado mucho por mi bienestar, como de mis hermanos... He tenido, como te decía, mano dura en casa, he recibido muchas, muchas, allí le llamamos, muchas pelás, correazos y... de verdad que he recibido muchas palizas. Muchos golpes por parte de mi mamá y mi papá, pero yo todavía me pregunto si realmente estos golpes... no, no creo que estos golpes o estas palizas sean la causa de que yo haya llegado a la droga.” (EH4)

La culpabilidad es un rasgo característico de las víctimas del maltrato, es decir, el considerar que se ha hecho algo mal por lo que se debe pagar y es merecido el castigo inflingido.

“Me daba rabia, pero si yo mismo me lo buscaba. O sea, es que yo lo hacía... es que como los niños, que si tu les dices no hagas esto y lo hacen, pues yo lo hacía, aunque recibiera tres correazos o cuatro... Nunca se me va a olvidar, en la vida...” (EH4)

El maltrato emocional o psicológico, se caracteriza por la ridiculización, los insultos, los regaños o el menosprecio. El hecho de presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia es potencialmente dañino.

“... como que mi padre me decía <es que pareces tontita y nunca te enteras de nada> y con el rollo de que no me entero nunca de nada, pues nunca me han comentado nada de lo que haya pasado en casa... nada. Entonces yo en mi casa como un cero a la izquierda para ellos...” (EM5)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Problemas típicos de la adolescencia tales como el inicio en el consumo de drogas como el tabaco o el alcohol, la violencia y delincuencia juvenil, o los embarazos en adolescentes, guardan una estrecha relación con situaciones de maltrato y negligencia (Manion & Wilson, 1995; Eckenrode, Powers & Garbarino, 1997). Los adolescentes atraviesan por etapas difíciles que tienen que resolver, siendo estas etapas fundamentales para el desarrollo posterior. Cuando estas tareas se afrontan en un contexto familiar y social favorable caracterizado por el afecto y el apoyo, es probable que el adolescente las resuelva de forma exitosa y salga fortalecido y preparado para iniciar la transición a la vida adulta. Sin embargo, cuando la falta de atención y apoyo, o incluso el abuso y la violencia caracterizan las relaciones familiares, es muy probable que surjan importantes problemas que comprometan seriamente el desarrollo tanto actual como futuro de la persona. Uno de los efectos que pueden tener los maltratos sufridos durante la infancia, es el abandono del hogar prematuramente.

“Y claro mi hermano llegó, me buscó, mi hermano buscó el cigarrillo y como era mentolado pensaron que era basuco... por eso fue que ese día recibí el peor castigo que yo he tenido, entonces cuando le dije mi hermano a mi mamá <esto es basuco>, claro, mi papa me cogió del pelo y me estrelló contra las paredes, mi mamá, mi hermano... Entonces desde ahí fue cuando decidí irme de la casa y dejar de estudiar... Ese día fue la peor paliza que yo recibí en mi vida. Pero los perdóné, porque al fin y al cabo... yo no tengo nada que perdonarles a mis padres...” (EH4)

La naturaleza del maltrato en el ámbito familiar es multicausal y existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de maltrato hacia los hijos bien por parte de los padres o de los cuidadores (Wolfe, 1987; Díaz-Aguado, 2001). Entre estos factores de riesgo, es más probable que se dé maltrato si se ha sido objeto de abuso o negligencia en su infancia y se carecen de modelos de crianza adecuados; si se reacciona de una forma exagerada, con respuestas desproporcionadas e impulsivas, ante estímulos ambientales como los lloros o juegos; si se tiene una baja tolerancia al estrés, por lo que se ven desbordados fácilmente por las conductas de sus hijos; si se tiene un déficit de estrategias para resolver los problemas que se presentan en la educación de los hijos, negando el problema, aislándose o reaccionando agresivamente; si se padecen trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.), mentales o físicos, que les impide reconocer y responder adecuadamente a las necesidades de los hijos; si se tiene baja autoestima y una fuerte dependencia emocional de otras personas, por lo que priorizan su necesidad emocional a la de sus hijos; si se tienen problemas de drogodependencias que les impida atender y percibir las necesidades de los hijos; y por último, el tener un estilo comportamental y

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

conceptual rígido, y/o un bajo nivel intelectual que les dificulte adaptarse a las necesidades cambiantes de sus hijos.

Pero además de la violencia recibida directamente sobre el niño o adolescente, es de suma importancia la vivencia general de relaciones familiares, pues está íntimamente relacionada con el posterior consumo de drogas (Recio, 1991; Elzo, Lidón & Urquijo, 1992). Los conflictos entre los padres pueden desembocar en episodios de violencia dirigida a los hijos indirectamente. La violencia entre los miembros de la pareja funciona de modelo para la resolución de conflictos para los hijos y, en muchas ocasiones, dejan secuelas irreversibles.

“... mi padre era muy celoso y siempre... a mi madre no la dejaba estar mucho tiempo fuera de casa, siempre la controlaba, siempre... y siempre tenían muchas broncas. Y llegó un día, yo me acuerdo que era pequeña tendría 8 o 9 años, no me acuerdo exactamente, antes de tomar la comunión. Y resulta que en una bronca, nosotras, yo por lo menos cuando oía broncas me encerraba en mi habitación porque no me gustaba, porque veía que siempre la que lo pagaba era mi madre tuviera la culpa o no, entonces... llegó un punto que me encerré en mi habitación y cuando no oí ningún grito, ni oí nada, me fui a la habitación de mi madre, con mi hermana, y estaba mi madre sentada encima de la cama con la escopeta en la cabeza, y dije que nunca más. Mi padre había acabado ese día, y acabó...” (EM5)

Existen evidencias de que los cocainómanos/as han vivido en contextos familiares problemáticos, por diversos motivos como separaciones de los padres, malas relaciones conyugales o con otros miembros de la familia, o maltrato hacia la madre. La familia está en muchas ocasiones desestructurada y existe poca cohesión, estando los roles y funciones de sus miembros poco delimitados.

“Mi infancia fatal, he sido una bala perdida, mis padres se separaron, mis padres no se llevaron bien nunca, luego se volvieron a juntar... Yo me fui con mi madre a vivir, mi padre siempre me ha despreciado.” (EM2)

“Lo único es que mi abuelo está inválido, tuvo un accidente, que le pilló un coche y lo ha dejado en silla de ruedas. Y a mí eso, pues la verdad... mi abuelo era mi ojito derecho, yo era su ojito derecho y eso a mí, desde pequeñita me ha causado bastantes problemas.” (EM1)

Los efectos que producen las malas relaciones familiares y los maltratos, no terminan en la niñez y se muestran durante la edad adulta teniendo dificultades para establecer sanas relaciones personales o repitiendo las

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

experiencias vividas. Siendo habitual que tras vivir en un ambiente familiar disfuncional y desestructurado, durante la vida adulta se recorran caminos semejantes a los vividos en el pasado.

“Luego me casé. Mi madre me empujó un poco a ello, pensando que yo sentaría la cabeza, porque él era una persona muy recta, era policía, me quería mucho... y luego fui una mujer maltratada psicológicamente, y físicamente casi al final, no me maltrató, seguro, físicamente, porque si no me hubiera matado, pero psicológicamente me maltrató muchísimo.” (EM2)

Según Echeburúa y Fernández (1997) la observación reiterada por parte de los hijos de la violencia tiende a perpetuar esta conducta en las parejas de la siguiente generación. De este modo, los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar. Las niñas aprenden, a su vez, que ellas, al menos hasta cierto punto, deben aceptarla y convivir con ella.

Existe otro tipo de factores que pueden influir en el mal funcionamiento familiar, son los factores *socioculturales*, como el desempleo, la pobreza, o los problemas laborales, ya que producen inseguridad, temor, irritabilidad y falta de proyección de futuro. El aislamiento social, es otro factor que favorece que la familia carezca de fuentes de apoyo y de información, así como de puntos de referencia en el área afectiva y económica. Vivir en entornos donde las condiciones de vida dominantes sean la pobreza, la marginación o la violencia. También es negativo que exista una aprobación social de la violencia como método de resolver los problemas de relación, o que se tengan valores y actitudes negativas hacia la mujer, la infancia y la paternidad.

6.2.2. Experiencias violentas posteriores al consumo de cocaína: cambios de conducta y consecuencias

Entre los dependientes de cocaína, tanto en hombres como en mujeres, hay un reconocimiento de la alteración provocada por la cocaína en su organismo, perciben que su comportamiento varía tras el consumo y son más agresivos hacia los demás y hacia sí mismos.

Por otro lado, aparecen sentimientos de mayor eficacia y una sensación de ser capaz de superar cualquier obstáculo, llegando a estados de exaltación del humor que pueden provocar cuadros hipomaniacos. En algunos casos se dan crisis de violencia a causa de la ideación paranoide. En muchas ocasiones, estos estados de alteración y nerviosismo se dirigen hacia el entorno más íntimo, es

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

decir, la familia, pues es ahí donde la persona tiene que enfrentarse a la otra cara de su consumo, las responsabilidades, las preocupaciones y las obligaciones.

“Luego con la gente pues, como iba a lo mismo, a drogarme, pues era la felicidad. Me alteraba en mi casa, yo estaba muy agresiva con lo que es mi gente, mi familia... perdí el contacto con mi familia, estaba deseando llegar a mi casa y que nadie me dijera nada. Era muy agresiva, tenía mucha agresividad en mi cuerpo, muy agresiva, no podía hablarme nadie porque era lo más estúpido que te podías tirar a la cara...” (EM1)

“... estuve a punto de pegarme con mi madre... le levanté la mano y para mí eso es lo peor.” (EM3)

“Conforme iba consumiendo cada vez más, a la mínima que me decía cualquier cosa mi madre, mi padre o cualquiera, yo me rebotaba, por cualquier tontería, tuviera o no tuviera razón me rebotaba un mogollón...” (EH1)

También en el ámbito laboral se resiente y se percibe un mayor nivel de violencia y la irritabilidad es patente y reconocida.

“... cambios de carácter cuando me hacían cabrear mucho, entre el café y que iba poco a poco consumiendo cada vez más, llegué a mis inspectores, a más de un inspector lo envié a la [mierda]. Lo envié [a tomar por culo]...” (EH1)

Pero existen diferencias importantes entre las conductas violentas de hombres y mujeres: mientras las mujeres reducen sus comportamientos al entorno familiar y en muchas ocasiones se reduce a una violencia percibida y no expresada más que de forma verbal, los hombres son más activos y suelen actuar al respecto, desarrollando conductas violentas de tipo físico contra otros. La violencia entre el colectivo masculino va dirigida a todo aquel que lo considere una amenaza. Reconocen tener un comportamiento paranoico y en muchas ocasiones desafiante como resultado de su consumo de cocaína.

“Porque hacías escándalo, porque te metes con alguien, porque estás a la mínima, siempre en guardia, siempre alterado, siempre de mala... y a la mínima saltas...” (EH3)

“... dices mira que no me mire nadie mal que me lo como, que soy más fuerte, más rápido, más... como si ibas por ahí mirando a todo el mundo por

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

encima, como diciendo <que nadie se pase que... levanto la voz y se cae la pared>.” (EH5)

“No sé, paranoias, te cambia el carácter... A mí ha llegado a mirarme un tío, mirarme un tío y a punto de matarlo, simplemente por mirarme. Simplemente por mirarme y yo a punto de matarlo... todo paranoias, incluso ver lo que no hay, no haber nada y ver tú cualquier cosa. Vas tan sumamente drogado que lo que no hay, lo ves, te saltan los cables. Incluso hay dos personas que van a la suya y ni te miran y tú te crees que están hablando de ti, y liarte a [hostia] limpia. Son todo paranoias y ver lo que no hay; cosas extrañas y bárbaras... se me cruzaron los cables y le pegué un tirón a una puta... yo no necesitaba dinero, yo llevaba dinero y droga, pero mira, iba tan drogado que me dio por ahí, le pegué un tirón...” (EH6)

En los discursos de los hombres consumidores no aparece un maltrato explícito hacia la pareja, pero sí se reconoce una actitud violenta y amenazante hacia la misma.

“... una vez reconozco que entre que bebí más y la cocaína que tomé, pues al día siguiente que prácticamente no habíamos dormido, nos fuimos a la piscina y me alteré y le cogí del brazo y le grité, pero enseguida, al momento me di cuenta de lo que había hecho, al momento le pedí perdón, pero ella, enseguida, no se lo tomó bien y lo entiendo...” (EH1)

“... porque hay cosas que estás a la mínima, a la que saltas. Y luego el tema de la agresividad, no agresividad de pegarle a la mujer ni nada, agresivo de <Andrés no pongas eso ahí>, <ah! cállate la boca, que tal, no sé que>. No de pegarle a la mujer ni nada, sino agresivo en la manera de hablar... antes, el tema de la agresividad, de impulsos de esos que... yo no lo he notado, o no quiero notarlo porque... por pensar que lo que estaba haciendo no estaba bien hecho.” (EH2)

La mujer cocainómana experimenta un aumento de la agresividad pero la controla y raramente la expresa de otra forma que no sea la verbal. Independientemente de que su pareja sea consumidora o no, las mujeres dependientes de cocaína son víctimas de la violencia, con mayor frecuencia que el resto de la población femenina. La literatura señala que las mujeres drogodependientes sufren violencia por parte de su pareja en una medida de hasta tres veces mayor que la población en general. También debido a la vida callejera, las agresiones físicas y sexuales para estas mujeres son algo habitual tanto por parte de su pareja, fija u ocasional, como por parte de camellos o delincuentes.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Me pegaba porque decía que yo me portaba mal, o que hacía cosas que no las tenía que hacer... Había veces que me hacía levantarme a las tres de la mañana o las cuatro, un día que me había escapado de mi casa, para ir a pillarle coca, o estar con él en la cama y coger y tirarte de la cama o no sé, muchas cosas...” (EM3)

“Empezaron los malos tratos... él decía que porque yo consumía, pero bueno yo no le veía la lógica de que si yo consumía él me tenía que pegar, era yo la que quería consumir, no lo obligaba a él...” (EM5)

Destaca la falta de conciencia del maltrato por parte de las mujeres que lo han sufrido, pues para ellas empujar o gritar, no es considerado maltrato. Además en muchas ocasiones se atribuyen parte de la culpa de estos hechos, aludiendo a que son ellas las desencadenantes del problema, por no cumplir con sus funciones como esposa y/o madre.

“Entonces él llegaba a casa y no me notaba nada, porque a lo mejor acababa de consumir a las 6 de la tarde y a las 7 llegaba él... Yo que sé, pues nos llevábamos mal por la faena de la casa, por las cosas que no las llevaba yo en condiciones; entonces pues habían peleas, habían discusiones, habían empujones,... pero pegarme nunca me ha pegado. Han sido broncas así y ya está.” (EM6)

Para las mujeres cocainómanas los estados violentos son como una irritación constante, una actitud desafiante, irascible y en la mayoría de los casos la violencia presentada por las mujeres dependientes no llega a ser física.

“Nada, pues siempre discutiendo, siempre estábamos discutiendo y me ponía muy nerviosa, aunque nunca he hecho nada que me pueda arrepentir, pero sí gritar y, a lo mejor, decir cosas que no las tenía que haber dicho.” (EM6)

“Y dicen que he cambiado un poco de forma de ser, que es posible. Antes estaba como un poco más, estaba más... que estás como más rebotada, normal... cuando estás así es que contestas mal, estás malhumorada siempre, estás siempre con malas caras... es que es tan complicado de explicar, no sé, como que te cambia el carácter, te malhumora.” (EM4)

Aunque en el caso de las agresiones físicas perpetradas por mujeres, normalmente se corresponden a actos defensivos en respuesta a amenazas o abusos por parte de los hombres.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Sí, porque me agarró por el cuello y en el impulso de que me soltara, que no quería que me tocara más, cogí un cuchillo sin el mínimo interés, simplemente lo cogí y lo tenía así y le dije no te acerques a mí... y fue girarse y lo tiré. Pero el impulso que dices uff que lo mato pero... hubo un momento que... y la niña ¿qué? Porque también pienso que la niña tiene que estar con los dos.” (EM5)

6.3. Tratamiento y prevención de la cocaína

Existe la creencia generalizada de que el problema de la cocainomanía es para siempre. Aunque se puede superar la dependencia, se puede comenzar una nueva vida e insertarse en la sociedad de nuevo sin consumo de drogas, los cocainómanos tienen claro que siempre tendrán que oponerse al consumo, lo mismo que ocurre con los alcohólicos o los fumadores. Desde el punto de vista de los que han vivido esta dependencia, “serán siempre cocainómanos”.

Es común entre los cocainómanos que tengan cierta incertidumbre de sucumbir a la tentación si en algún momento se les presenta la oportunidad adecuada, y ese es el handicap que deben asumir como una condición de su futuro.

“Yo te estoy hablando como adicto, porque aquí el que es adicto, lo es de por vida. En el silencio o en el consumo, será siempre adicto.” (EH5)

“... lo que tengo claro es que esto es hasta que me muera, es para toda la vida ya...” (EH6)

“... pero todo el mundo no sale, porque esto no es fácil, no es fácil. Esto hay que llevarlo día a día, tienes que cargar con ello toda la vida y saber convivir con ello, porque tú te desintoxicas o te deshacías, pero no estás curada nunca, siempre tienes ese problema ahí...” (EM1)

“Lo guay hubiera sido no tener que decir que no, porque no lo has probado, es como si te dijeran, a partir de ahora no puedes tomar sal, o no puedes bajar al parque porque hay una planta que te produce alergia, ese tipo de restricción es una sensación como que te están limitando. Eso es algo malísimo...” (EM2)

Acudir a tratamiento para superar la cocainomanía debe pasar por diferentes etapas previamente, una de ellas es el “darse cuenta”, es decir, ser consciente de que se tiene un problema que debe solucionarse, esto es un paso

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

fundamental para la recuperación de cualquier drogodependiente. Reflexionar sobre lo que se ha dejado atrás por la cocaína, y la necesidad de cambiar la situación actual, superar la dependencia y recuperar las riendas de su vida.

“Entonces él decía, qué estamos haciendo, nos estamos gastando el dinero y el domingo no salimos con los hijos... y es cuando yo me di cuenta que ahí ya había un problema muy serio... porque lo más duro de esta vida es reconocer que tienes este problema... reconocer eso, eso es terrible, eso es darte cuenta de que te has hundido en la miseria, que es lo más fuerte que hay...” (EM2)

Además de concienciarse de que se tiene un problema, es esencial el determinar que es necesario cambiar y tener la voluntad de hacerlo.

“Hasta que no se lo ponen claro o estás en un momento ya crítico, ya decisivo, no te das cuenta del problema que tienes, y luego es cuando tienes que tomar la decisión, porque si uno no quiere, no hay manera, ya puede ser la justicia, que la familia te tire de la oreja que... no.” (EH5)

Cuando los consumidores piensan en comenzar el tratamiento, su ámbito social y de amistades debe cambiar y deben abandonar tanto los ambientes donde solía consumir como a los amigos con los que consumía. Relacionan la cocaína con el alcohol, los amigos, y ciertos lugares. Es ahí donde aparece de nuevo el deseo irresistible y son los vínculos a romper para mantenerse fuera de la posible recaída.

“Yo lo primero que hice fue dejar las amistades, porque dejando las amistades y queriéndome curar y poniendo de mi parte, porque ya veía el fin...” (EM1)

“... Dejar de ir a ciertos locales, con ciertas personas... Y una de las formas de evitar el consumo pues era no juntarte con fulano, con mengano, no ir a tal sitio que sabes que te lo van a ofrecer, o vas a ver alguien que está consumiendo... Entonces la vida te cambia prácticamente en todos los sentidos, el trabajo puede ser el mismo, pero fuera del trabajo luego todo lo que compartías, lo tienes que cambiar, los sitios que frecuentabas, todo...” (EH5)

“... tengo un piso nuevo, voy con gente nueva... alguno no sabe ni lo que es un porro, y toda la gente con la que iba antes, pues no tienen culpa de nada ¿no? Pero si los veo por ahí y me puedo cambiar de lado... es que no quiero ni que me miren, los dejé, esa vida la dejé a un lado.” (EH6)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

La llegada a un centro de tratamiento viene básicamente determinada por desencadenantes sociales y personales, y también por problemas judiciales. El aspecto económico es uno de los más importantes, pero también la alteración de la vida familiar, los conflictos laborales o tomar conciencia de que entran en la espiral de consumo compulsivo.

Existen diferencias de género entre las razones dadas por los hombres y las mujeres, pues entre el grupo femenino, una de las razones más determinantes para comenzar tratamiento son los hijos. El miedo a que los servicios sociales actúen sobre la posible situación de desamparo de los menores y les retiren la custodia, o en los casos en los que esto ya haya ocurrido, el proceso de recuperación de los hijos es un estímulo muy poderoso.

“He estado consumiendo esporádicamente durante esos 10 años, mi hija ha sido mucho freno a la hora de desmadrarme,... ella ha sido mi freno...” (EM2)

“... porque yo vine aquí a raíz de que me iban a quitar a mi hija, entonces decidí dejármelo... él me denunció por consumir, por no atender a la niña, que lo de no atender a la niña era mentira, lo que pasa es que era la manera que tenía él de hacerme ver las cosas para que me dejara la cocaína... Y fue así, cuando se nos tiró al cuello bienestar social, yo dije, si no lo hago por ella no lo hago por nadie, y dije que hasta ahí, y entonces así fue. Que en parte me alegro que me haya denunciado, gracias a él estoy bien, estoy bien con mi hija, la tengo en mi casa, me ocupo de ella perfectamente...” (EM5)

Otra forma indirecta de acceder a los centros de tratamiento, es por vía judicial, personas cuyo consumo les lleva a delinquir y desde el juzgado les envían al centro como alternativa a la cárcel. Este tipo de fuerza indirecta para comenzar tratamiento suele darse con mayor frecuencia entre los hombres.

“Yo vine a pedir ayuda aquí sobre todo por orden judicial. A mí, si no me hubiera pasado lo que me pasó, aun estaría consumiendo. Por eso te decía antes que me vino bien, entre comillas.” (EH2)

“Sí, esto de la cárcel me ha hecho a mí... es malo ¿no? porque yo no se lo aconsejo a nadie, pero yo creo que esto me ha servido para decir: se acabó... A ver si me entiendes, que el estar a punto de ir a la cárcel me ha hecho pensar y decir: hasta aquí, se ha acabado. Yo soy una persona muy radical, yo soy: o me hago toda la droga del mundo o no me hago.” (EH6)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“Luego ya me puse en tratamiento con el tocomax y a mí me cambió... es que nosotros mira, nosotros veníamos aquí porque a mi marido lo cogieron con coca, entonces se fue a Fontcalent, lo metieron en la cárcel, salió bajo fianza, nuestra opción era o dejábamos de consumir y veníamos aquí o mi marido volvía a entrar en la cárcel...” (EM4)

Es la figura femenina la que más comprensión y apoyo muestra cuando la pareja es dependiente de cocaína y necesita ayuda. Los estudios muestran que la probabilidad de tener una pareja que consuma sustancias o de proceder de familias con problemas de drogas, es mayor en las mujeres que en los hombres (ONUDD, 2005), y dado que las relaciones son tan importantes en la vida de la mujer, es muy probable que la que vive con una pareja drogodependiente esté dispuesta a apoyarla sin condiciones, no ocurriendo así en el caso de que sea la mujer la que consume sustancias.

“... Ah! después de pasar eso conmigo pues yo estuve allí, mi mujer estuvo detenida pero la soltaron, entonces ella estuvo ahí asistiéndome en los problemas, todos los fines de semana la ropa, todas las semanas el dinero, venía a verme en bis a bis... todo eso. Salí y ella movió papeles que me hacían falta, pues el psicólogo...” (EH2)

“Yo prácticamente lo llevaba tan bien y tan escondido que nadie sabía nada, hasta que llegó un momento ya que mi mujer lo descubrió, mis padres no sabían nada, pero llegó un momento que se descubrió, lo conté y mi mujer pues empezó a ayudarme, a llevarme a médicos, de aquí para allá...” (EH6)

Tras la concienciación y la voluntad de cambio, es necesario acudir a centros especializados en los que se traten de forma amplia la problemática, es decir, teniendo en cuenta las complicaciones médicas, psiquiátricas, sociolaborales, y legales de los cocainómanos.

“Tienes que ponerte en manos de psiquiatras, tomar medicación, la medicación es fundamental, y acudir a centros y terapias, y eso es para toda la vida. Para toda la vida... para salir de esto tienes que ser muy radical, los centros, los psiquiatras, eso es fundamental, y por supuesto, tienes que querer tú, meterte de cabeza ahí... pero tienes que ponerte en manos de profesionales. Uno solo, una persona sola que dice bueno, llevo diez años drogándome y lo dejo, eso creo que no existe, eso yo creo que no existe.” (EH6)

“... hasta que caes en el pozo... y de ahí no puedes salir, si no es con ayuda, no puedes salir. Una persona por sí misma no puede dejar la coca, nunca

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

jamás... hay que acudir a psicólogos o a psiquiatras y tratamiento...” (EM4)

“Pero la UCA, claro... tú cuando estás metida en ese mundo necesitas a alguien que te refuerce tu mentalidad y que te lleve a un punto donde tú te vayas a encontrar, porque estás perdida, te pierdes. Y los centros es la mayor ayuda que hay ahora mismo, ni charlas, ni nada, un centro es lo mejor, y terapias en los institutos yo creo que también pueden servir de mucho, si quien lo hace son profesionales.” (EM1)

En general, los entrevistados están muy satisfechos con el trato recibido por el equipo de profesionales que los han atendido o están tratando en la actualidad.

“Súper contenta, porque se han volcado conmigo en todo, me han sacado de recaídas que yo creía que no salía... y ya ves, aquí estoy hoy por hoy sin consumir nada...” (EM1)

“Los profesionales de maravilla. A mí de momento, los que conozco, súper bien, me llevo con ellos más que como profesionales como amigos, que tienes un trato súper bien.”(EM6)

6.3.1. Valoración de los tratamientos actuales

El tratamiento incluye una serie de pasos, en primer lugar, la persona debe hacer un proceso de desarraigo y ruptura de su estructura social; en segundo lugar, debe reforzar las relaciones con su familia y amigos no consumidores, que normalmente son aquellas relaciones más deterioradas; y en tercer lugar, se deben crear nuevos ámbitos de interés y de relaciones. Este proceso es largo, complejo y difícil, y depende en buena parte de los apoyos que reciba el consumidor.

La opinión de los entrevistados sobre el tratamiento de las drogodependencias en general es muy favorable, consideran necesario tanto el tratamiento psiquiátrico y farmacológico como el psicológico, incluyendo las terapias de grupo. Se otorga una importancia fundamental a los medicamentos recibidos durante el tratamiento.

“... es que fue muy raro, fue venir a hablar con X, darme las pastillas, nos fuimos de aquí y a partir de ahí ya no volver a consumir nunca más...” (EH2)

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

“A mí me han venido muy bien, a mí éstos me han venido muy bien, primero te hacen ver las cosas... bueno, yo de medicina y eso no sé, pero vamos yo he estado tomándome las pastillas, particularmente éstas... del alcohol, y eso es lo único que me estoy tomando. Porque yo sé que el alcohol es un peligro y está ahí, y me hace buscar lo otro.” (EH3)

“... meterte en manos de profesionales, medicación, es fundamental y todo lo de este mundo borrarlo...” (EH6)

“Yo gracias a eso estoy desenganchada, yo por mí misma sin ningún medicamento, ni yo ni mi marido estaríamos desenganchados...” (EM4)

Los controles de orina, tienen sobre todo una finalidad terapéutica, con un innegable aspecto fiscalizador, cosa que es positiva siempre que el consumidor lo acepte mínimamente (Galanter & Kleber, 1999). Constituye una estrategia de control en términos preventivos (Braithwait, Jarvie, Minty, Simpson & Widdop, 1995). En opinión de los consumidores, este tipo de controles funcionan, se muestran útiles y son muy bien valorados por su labor reforzadora.

“Y yo vengo porque quiero, a hacer “pipí” todas las semanas, mi marido sí que tiene la obligación de mear todas las semanas, pero yo no, como he cogido tanto cariño a X que me ha ayudado tanto, como... que me siento orgullosa, sabes lo que te quiero decir... como que si no vengo a mear pueden pensar, a lo mejor que estoy consumiendo o algo, prefiero venir a mear todas las semanas y que vean que ya está, que se acabó.” (EM4)

“El control de orina también te sirve para ser más, no sé como explicártelo, para verte tu que cada día vas prosperando más, que lo vas consiguiendo y no sé, me parece que es bueno.” (EM6)

Existen diferentes tipos de psicoterapias para tratar la cocainomanía, como el entrenamiento en el manejo de contingencias (Jones, Haug, Silverman, Stitzer & Svikis, 2001), la entrevista motivacional (Rohsenow et al., 2004), el consejo individual (Crits-Christoph et al., 2001), y el tratamiento cognitivo conductual (Carroll, Nich, Ball, McCance & Rounsavile, 1998) que es el más habitual en el contexto de sanidad pública en la Comunidad Valenciana. Independientemente de la psicoterapia a utilizar, esta suele proporcionar un buen soporte a la relación médico-paciente. Además, el tratamiento farmacológico acompañado del tratamiento psicológico suelen obtener unos mejores resultados en la evolución de los pacientes.

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

Pese a que en ocasiones es un proceso doloroso, pues el hecho de compartir ciertas experiencias y circunstancias personales del paciente puede resultar difícil, el valor de la terapia psicológica es de suma importancia en opinión de los cocainómanos, pues además de ayudar a controlar la dependencia apoya de forma integral a la persona.

“... porque claro tienes que remover mucha mierda, desde que has nacido... porque tienes que ver porqué motivo has empezado a consumir. Qué ha sido lo que te ha llevado a evadirte; porque es sólo eso, para evadirte, de qué problema te has evadido... y la verdad es que es un poco duro en cuanto a tener que venir y en cuanto a hablar...” (EM2)

“... profesionales de los que hay aquí, la verdad es que el psicólogo que hay aquí te hurga mucho, entre comillas, dentro de ti. Es decir, te pregunta, todas las semanas cuando vengo, cada vez te pregunta una cosa diferente, te hace preguntas que yo hubiera alucinado porque no me las habían hecho nunca. Es decir, para mí esto sí que es una terapia, las terapias que tengo con él la verdad es que me ayudan muchísimo...” (EH1)

También se indica la utilidad de las terapias de grupo, el hecho de compartir los problemas con personas que han pasado o están pasando por la misma situación suele ser muy reconfortante y esta técnica es muy bien acogida entre los dependientes de cocaína en tratamiento. En un estudio realizado por Crits-Christoph et al. (1999) se encontró que los pacientes tratados con terapia individual y grupal conjuntamente, evolucionaron mejor que los tratados de forma individual o grupal de forma independiente.

“Porque claro, si no ¿a quién se lo cuentas? Porque si tú vas con otro que consume, otro drogadicto,... es una enfermedad para mí, una adicción, no te pones a hablar de su problema, te pones a hablar pues de lo que decía antes ¿qué organizamos, qué hacemos ahora, qué montamos? Entonces allí te estas desahogando y estás apoyándote en el de al lado que está viviendo la misma situación que tú, o la ha vivido, y a lo mejor lo que a ti te parece una tontería expresarla, tú la expresas abiertamente, tienes un desahogo y dices <bueno si es que a éste le pasa lo mismo. No soy un maniático>.” (EH5)

Dada la heterogeneidad de los cocainómanos, la estandarización de la indicación terapéutica no es fácil y es aconsejable individualizar el tratamiento en función de las peculiaridades clínicas de cada caso (Carroll et al., 1994). La integración de la terapia psicológica y la farmacoterapia es imprescindible (Carroll & Schottenfeld, 1997).

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

6.3.2. Cómo mejorar la atención y prevención del consumo de cocaína

En España existen numerosos programas preventivos que son desarrollados desde los ayuntamientos o a través del compromiso directo de organizaciones no gubernamentales, como medio más efectivo para asegurar un acceso próximo hacia los jóvenes. Es de suma importancia utilizar la experiencia de aquellos que han vivido el problema de la drogadicción de cerca, por lo que los entrevistados exponen algunas propuestas para mejorar el área preventiva y asistencial, como por ejemplo mejorar los mensajes preventivos que se presentan en televisión, es decir utilizando otro tipo de lógica. No especifican ninguna en concreto, pero aseguran que la que se está utilizando hasta ahora parece no ser muy efectiva. El uso de recursos a través de internet es otra de las propuestas que hacen para mejorar las tareas preventivas actuales.

“Tampoco van a haber personas casa por casa ¿tú eres consumidor? pues ala, una charla. Si tú quieres lo primero que tienes que hacer es pedir ayuda, pero es que no sé de qué manera pueden enfocarlo desde televisión. Habría que hacer algo anónimo, propagandas o algo de <si crees que tú estás metido más de la cuenta, o no sé qué, visítanos> y poner una página web... o algo así. Pero no sé como explicarte, porque aparece en la tele un gusano o algo así, pues muy bien, el que está...” (EH2)

El ampliar horarios de atención en las UCA, contar con más profesionales, mejores instalaciones, y dotar de más UCA a la Comunidad Valenciana, son algunas de las ideas que se sugieren para mejorar el tratamiento de la dependencia de cocaína. Consideran que faltan recursos, que existe cierta masificación en la atención pública al drogodependiente, que los horarios son inadecuados y demasiado limitados y que obstaculizan la posibilidad de llevar una vida normalizada.

“... un centro mayor, más terapeutas... que hubiera más horas, que no fuera solo por la mañana, hasta una hora prudencial, por la noche. Porque a lo mejor el que tiene un problema o algo por la tarde está desesperado... poder decir en un momento dado <oye que acudo a la UCA que tengo...>. Y eso a lo mejor facilitaría también más horas de trabajo... se pueden hacer más visitas, hacer más coloquios... yo pienso que los coloquios son muy buenos, juntar a equis personas y vamos a ver cómo nos podemos ayudar entre todos, porque aquí es un tú a tú. Coloquios, comentas el problema o ves al de al lado que está muy... y dices <[joder] suerte he tenido yo>, te comparas en él o te acuerdas y dices si yo era como él... pero eso, ampliarlo un poco más a nivel de coloquios y más medios,

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

más centros. O algún centro de mayor tamaño, con más terapeutas, más horas...” (EH5)

“Yo haría más centros, y para la gente que no tiene, para la gente que realmente lo necesitara.” (EM2)

“Y en ese sentido pues muy bueno, lo que pasa que piensas a lo mejor que hay tanta gente, la que viene, que se puede quedar un poco corto ¿no? los medios que hay... Hay necesidad de dedicar mucho tiempo al que padece una adicción... Porque, desgraciadamente, cada vez va a más.” (EH5)

Entre las propuestas para mejorar la prevención del consumo de drogas, se encuentran por un lado medidas represivas como el incremento de acción policial entre los traficantes “poderosos”. Los cuerpos de seguridad del estado se deberían dedicar a controlar o combatir otro tipo de problemas sociales, y dejar de detener y procesar a pequeños traficantes, pues en opinión de los entrevistados el control del tráfico de drogas se debería hacer empezando por las esferas superiores y no encarcelando a los pequeños traficantes, pues ellos no son el auténtico origen del problema.

“Porque la guardia civil, por ejemplo, la guardia civil sabe dónde se menea todo, y yo he visto a veces registrar a gente, llevarse la droga y no denunciar, o registrar a gente que no se está drogando y que saben que no van a encontrar nada y dejar pasar a los camellos por un lado.” (EM1)

“Pillan a gente vendiendo drogas o pillan a gente... esa gente son pececitos, o sea tienen que pillar a los peces gordos, pero a esos no los pillarán nunca. Esos traen tanto dinero aquí, que no los van a pillar nunca, y así acabamos luego todos, hechos una mierda.” (EM3)

Las multas y detenciones a consumidores no previenen ni ayudan a que la persona rectifique su conducta de consumo. El incorporar un castigo relacionado con la información preventiva y la atención de las drogodependencias, sería más eficaz aunque tal vez menos lucrativo para los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado.

“Pero a lo mejor aquí en X hay mucho bar donde venden droga ¿me entiendes? pues a lo mejor en vez de quitarte el medio gramo y una multa, pues que durante seis meses tengas que ir a la UCA, ¿sabes lo que quiero decirte?... el que tenía algo en el bolsillo es porque consume, y el que consume le hace falta

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

eso, que alguien le abra los ojos, entonces no se trata de una multa de cincuenta mil pesetas y ya está.” (EH2)

Por otra parte, además de estas medidas represivas, se exponen medidas totalmente contrarias como la legalización de las drogas; entre los que defienden la legalización de las drogas como solución a la problemática social que conlleva la cocaína y otras drogas ilegales, alegan que con esta medida se acabaría con ciertos motivos para consumir como la curiosidad e incitación de lo prohibido.

“Pero si es una cosa que lo venden en otro sitio y que está prohibido, pues cuanto más prohibido lo tengan, más te llama la atención.” (EM4)

“... que si permiten que la gente consuma droga, creo que nadie la consumiría, porque sabes que si a ti te prohíben una cosa, más lo haces.” (EH4)

La ilegalización de las drogas beneficia a las grandes mafias que se aprovechan de las ventajas que el tráfico de estas sustancias genera. La prohibición genera delincuencia indirecta y limita el control del compuesto de las sustancias y sus precios. Todo el negocio del tráfico de drogas implica una manipulación de las sustancias. En el caso de la cocaína ha podido ser cortada y manipulada en muchas ocasiones antes de ser consumida, llegando a conservar menos del 50% de su pureza original; la cocaína se corta con todo tipo de componentes tóxicos que son perjudiciales para la salud. Una de las ventajas de la legalización sería el control de estas manipulaciones y el conocimiento real de lo que se está consumiendo.

“Si no quieren que la gente consuma que lo legalicen, es que es lo más fácil, por lo menos para controlar el consumo, lo que no puede ser es que los chiquillos, estén comiéndose todos los días dos gramos, estén fumando base y barbaridades de esas. Yo nunca he fumado base ni he hecho cosas raras de esas, nunca. Que lo legalicen todo para llevar un control, yo sí, estoy a favor de eso, porque luego no es eso, la mierda que le meten a la coca, todo el corte que lleva, lo único que hace es empeorarlo todo... que lo legalicen todo, para llevar un control. No por nada, para saber quién consume y quién no consume.” (EM4)

Existe una mención especial a la importancia que tiene la familia en las tareas preventivas. Desde la relación privilegiada que se puede establecer con los hijos en el contexto familiar, se puede ejercer una función educativa amplia y protectora, es decir, enseñar a desenvolverse adecuadamente en la vida al niño y futuro adulto. Además, la familia puede enseñar cómo afrontar el consumo de drogas, esto implica educarles en unos valores de autonomía y responsabilidad,

Capítulo 6.

Resultados. La voz de los cocainómanos

que les lleven por sí solos al rechazo de las drogas. Como exponen los entrevistados, estilos educativos demasiado permisivos pueden resultar un factor de riesgo para el inicio del consumo de drogas.

“Por eso te digo, que hay que controlar, empezando por la familia... Y los primeros que tienen que controlarlo son los padres. Porque yo cuando vivía en mi casa, yo tenía mi hora para llegar a casa y aún así he tomado de todo... con que imagínate.” (EM4)

Aunque los contenidos informativos, por sí solos, no constituyen elementos preventivos, es importante que las personas tengan información y formación suficientes para que puedan decidir y controlar el consumo de drogas.

“... O sea el problema es la prevención, ¿cómo prevenir? con más información, porque, claro, la droga siempre va a estar ahí, se la van a ofrecer a uno, a otro... está al alcance de todos... va a estar ahí, y el tema es prevenir. Que la gente sepa realmente, que no le pase lo que me pasó a mí...” (EH5)

La información es un recurso necesario para tomar decisiones inteligentes, informadas, autónomas, ante cualquier desafío, incluidas las drogas. Los riesgos reales proceden de la ignorancia. No hay elección libre sin un saber adecuado. Una sociedad más informada y mejor formada sobre las drogas, será más capaz de convivir en un mundo en el que existen drogas, reduciendo el riesgo de establecer con ellas relaciones conflictivas.

7 capítulo

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO



CAPÍTULO 7.

Conclusiones y Propuestas de Futuro

7.1. Conclusiones

7.1.1. Del consumo de cocaína al desarrollo de conductas violentas en hombres y mujeres

- Tanto los profesionales del área de la violencia y las drogodependencias, como los propios cocainómanos, consideran que la cocaína incrementa el riesgo de que se desarrollen conductas violentas.
- Los cocainómanos suelen tener experiencias violentas previas al consumo de cocaína, habiendo sido objeto de violencia en etapas tempranas de su vida, normalmente durante la infancia y en el entorno familiar más próximo. Los estilos educativos excesivamente rígidos y con estilos de castigo físicos durante la infancia, son acusados por los cocainómanos.
- Según los profesionales de las UCA, los hombres cocainómanos tienen una mayor tendencia a la violencia física y sexual, siendo más probable que las mujeres presenten una violencia de tipo verbal, psicológica y autodestructiva. Por otro lado, en opinión de los profesionales de la violencia, los cocainómanos tienen mayores muestras de violencia física, también psicológica, verbal y sexual, siendo solamente superior la violencia de tipo autodestructivo entre las cocainómanas.

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

- La causalidad de la violencia respecto al consumo de cocaína es difícil de determinar, pues existen muchos factores que influyen en el desarrollo de estos comportamientos violentos, como los familiares, sociales y personales, pero es un hecho el que la cocaína potencia el desarrollo de conductas violentas. Además, existen diferencias entre los factores causales atribuidos por los profesionales de las drogodependencias y los del área de la violencia de género, los primeros subrayan el poder que la cocaína ejerce en el desarrollo de las conductas violentas, y los segundos, consideran los factores culturales y educativos como situados en la base del fenómeno, es decir, como origen. También diferencian la variable del abuso de cocaína, que es percibida como variable facilitadora de la aparición de la conducta violenta. Y aseguran que la aparición de la violencia emerge de un marco cultural propicio, por ello el hombre es más proclive a ejercer violencia de tipo físico sobre la mujer.
- La violencia va dirigida a diferentes personas según sea el género del cocainómano. En el caso de los hombres la violencia se dirige principalmente hacia su pareja, y en esto coinciden los profesionales del área de las drogodependencias y de la violencia. También existe acuerdo en que los hombres dirigen su violencia en mayor medida hacia personas ajenas al entorno familiar y también hacia sus padres. Pero a la hora de concretar hacia quién dirige su violencia la cocainómana, los profesionales de la violencia consideran que principalmente la dirigen hacia sus hijos, mientras que los profesionales de las UCA no participan de esta distinción, considerando que tanto hombres como mujeres tienen la misma probabilidad de expresar la violencia contra sus hijos.

7.1.2. Sobre la cocaína, la mujer y el maltrato

- Existe una mayor proporción de mujeres dependientes de cocaína que han sufrido maltrato durante la infancia que de hombres, y esta situación de violencia frecuentemente se perpetúa durante su vida adulta.
- Existe una clara diferencia entre los comportamientos violentos de hombres y mujeres dependientes de cocaína, puesto que el hombre que actúa bajo los efectos de la cocaína manifiesta conductas violentas en las que él es el sujeto de la acción, y en cambio la mujer, es más pasiva, y suele ser el objeto de la violencia. Normalmente, el hombre es el maltratador y la mujer la víctima.
- Los hombres cocainómanos no reconocen claramente que hayan ejercido malos tratos contra las mujeres o hacia sus parejas, pero dejan entrever una actitud violenta y amenazante hacia las mismas.

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

- Las mujeres cocainómanas suelen ser víctimas de la violencia independientemente de que su pareja sea consumidora o no.
- Existe una falta de reconocimiento de lo que significa un maltrato por parte de las cocainómanas. Es habitual que conductas claramente violentas, no sean reconocidas como tales.
- Las mujeres cocainómanas suelen presentar una bidependencia o doble dependencia. Este tipo de dependencia se trata de un hábito relacional donde la mujer depende, casi de la misma forma de su pareja como de la droga, llevándola a soportar todo tipo de situaciones, incluyendo el maltrato.
- Las creencias de sumisión hacia el hombre y la idea irracional del posible cambio, contribuyen a que la mujer maltratada continúe junto a su agresor, incluso cuando es consciente de que este cambio no se producirá. Además, se niega a denunciar la situación pues sigue teniendo la esperanza de poder llegar a un acuerdo para evitar consecuencias negativas al que ha sido su pareja hasta el momento.
- El maltrato de la mujer predispone a la misma al abuso de sustancias y a la automedicación, por lo que habitualmente, toman psicofármacos para sobrellevar la situación de violencia que sufren.
- Existe un colectivo de mujeres maltratadas muy vulnerable, que son aquellas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, que se dedican a la prostitución, o que son inmigrantes, pues suelen depender más si cabe de la figura del hombre que las maltrata; además, suelen encontrar dificultades añadidas en el momento de pedir ayuda, de tipo lingüístico, económico o administrativo.
- La asistencia al maltrato hasta hace poco se reducía al tratamiento de las víctimas, siendo éste un abordaje parcial de la problemática. El tratamiento integral incluyendo la atención psicológica del maltratador es fundamental para evitar futuras agresiones por parte del mismo.
- Existe una necesidad de ampliar los tratamientos a maltratadores que actualmente se están desarrollando en territorio valenciano y seguir las iniciativas efectivas que se están haciendo en otros lugares de España.
- El fenómeno de la violencia contra la mujer se debería abordar desde una perspectiva ecológica, en donde se consideren los distintos niveles implicados, y a partir de esta comprensión se podrían diseñar estrategias de intervención que sean más o menos eficaces en función del número de causas o factores relacionados que se consideren. La mayoría de los

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

profesionales consultados consideran que el consumo abusivo de cocaína está presente en la mayoría de las situaciones de violencia.

7.1.3. Sobre el tratamiento de la violencia entre las cocainómanas

- Desde las UCA se tratan las conductas violentas de los cocainómanos/as, bien a través de fármacos, a través de terapia psicológica o a través de ambos.
- Las mujeres dependientes de cocaína víctimas de maltrato, se encuentran en situación de desprotección por la falta de accesibilidad a centros de ayuda a la mujer maltratada, pues en estos centros no se aceptan personas que estén consumiendo sustancias ilegales, por lo que se vislumbra un serio problema, al que es necesario prestarle atención desde las políticas públicas para el desarrollo de programas relacionados con la mujer.
- Existe un falta de coordinación entre el ámbito de atención a la violencia de género y el de las drogodependencias, lo que merma la capacidad de atención a las mujeres que sufren ambas problemáticas. Es necesario desarrollar iniciativas que atiendan tanto la problemática de la drogodependencia como la del maltrato de una forma coordinada, creando modelos de trabajo conjuntos entre las instituciones implicadas, con el fin de idear un programa de intervención eficiente, adaptado a este perfil.
- La mayoría de las mujeres que reciben malos tratos y acuden a tratamiento por su dependencia a la cocaína, acaban comunicando a los profesionales de las UCA su situación como víctimas de la violencia. Los profesionales del área de las drogodependencias constituyen un grupo clave en la prevención de la violencia de género entre mujeres dependientes de cocaína, debido a que en la mayoría de los casos, son los primeros en tener contacto con las víctimas, situación estratégica que posibilita proporcionar información y derivar a los servicios especializados. Una preparación adecuada podría ayudar a identificar y dar una respuesta apropiada a estas situaciones, facilitando con ello la disminución del número de casos de violencia.

7.1.4. Sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína

- Los cocainómanos y también los profesionales consideran insuficientes el número de centros de tratamiento de drogodependencias de la Comunidad Valenciana, así como el número de profesionales que se dedican a ello.

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

- La ampliación de los horarios de los centros de tratamiento de drogodependencias, mejoraría la atención a los usuarios, pues facilitaría el acceso y la adaptación a la vida de los mismos.
- Uno de los motivos más frecuentes por el que tanto hombres como mujeres dependientes de cocaína acuden a tratamiento es por la presión familiar. Pero existen diferencias entre géneros, pues los hombres suelen tener motivaciones de tipo externo, como problemas económicos, laborales y judiciales, y las mujeres suelen pedir ayuda por su propia voluntad o por el bienestar de sus hijos.
- El abandono del tratamiento entre los cocainómanos es frecuente. Algunas de las causas que más influyen en este abandono son la falta de motivación y/o el exceso de confianza, pero en el caso de las mujeres también influye la falta de apoyo por parte de sus parejas, pues el tipo de apoyo que reciben hombres y mujeres durante el tratamiento varía: ellas suelen ser apoyadas principalmente por su familia de origen, y ellos por sus parejas.
- La mayoría de los profesionales consideran que no es necesario diseñar tratamientos específicos de atención a las drogodependencias según género, pero sí que es importante adaptar el tratamiento a la persona teniendo en cuenta la variable género.

7.2. Propuestas de futuro

Quisiera finalizar este trabajo de investigación con una serie de recomendaciones y propuestas de futuro:

Establecer relaciones y acuerdos de colaboración entre los servicios.

Tanto en el ámbito de la violencia como en el de la drogodependencia, se percibe una falta de colaboración recíproca, lo que merma la calidad de la asistencia, especialmente cuando ambas problemáticas son concomitantes. Dado que existe una clara dificultad para utilizar los recursos existentes destinados a casos de violencia contra la mujer cuando hay problemas de consumo, se debería proceder a una revisión del modelo de atención frente a las nuevas necesidades de este perfil de mujer drogodependiente en el que el maltrato se silencia.

De esta ausencia de coordinación y cooperación entre los servicios, son los usuarios y las familias de éstos los que sufren las consecuencias principalmente. Por lo que una necesidad prioritaria es crear modelos de trabajo conjuntos entre las instituciones implicadas, con el fin de idear un programa de

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

intervención eficiente, adaptado a este perfil. Sería importante articular modos de coordinación en el tratamiento de los casos, ya sean detectados en las UCA o en los centros de mujer 24 horas. Esta coordinación se podría llevar a cabo desde la red asistencial de drogodependencias, posibilitando la detección de casos de maltrato encubierto y una intervención adecuada. A su vez, se podría formar sobre drogodependencias a los profesionales que atienden los casos de malos tratos, y al mismo tiempo flexibilizar la atención hacia las mujeres drogodependientes en los centros de acogida y/o residenciales.

Incluir actividades de información y concienciación sobre el maltrato.

Es importante revisar y reflexionar el propio discurso de la violencia entre las mujeres dependientes de cocaína, para que los análisis y los planes políticos contribuyan efectivamente al planteamiento y a la solución de los problemas de malos tratos entre este colectivo.

Sería fundamental que las mujeres cocainómanas conozcan qué se entiende por agresión o violencia de género, pues muchas de ellas no reconocen un acto violento y por lo tanto no lo denuncian, ni actúan en consecuencia. La realización de un programa informativo sobre la conceptualización del maltrato y los recursos disponibles de atención al mismo, sería de gran utilidad entre las mujeres cocainómanas que se encuentran en tratamiento por su dependencia.

También sería de gran ayuda sensibilizar y formar a todos aquellos profesionales (policía, personal sanitario, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, letrados, etc.) que atienden o tengan relación con mujeres víctimas de malos tratos. Esto facilitaría la detección de nuevos casos y actuaciones, especialmente entre las mujeres procedentes de colectivos deprimidos o marginales, como es el caso de las prostitutas e inmigrantes.

Ofrecer programas amplios de atención a las drogodependencias, sensibles a las diferencias de género y que respondan a las diferentes necesidades de las mujeres.

Las mujeres con problemas de consumo de sustancias tienen necesidades complejas y múltiples, diferentes de las de los hombres. Una posible recomendación sería difundir los programas de tratamiento en mayor medida, dotar de asistencia legal y social, crear servicios de guardería, dar facilidades de transporte y flexibilizar los horarios. Sería importante, asimismo, desarrollar o mejorar los mecanismos existentes para que en la medida de lo posible se incorpore a la pareja y a otros familiares en el proceso de deshabitación y tratamiento, pues como se ha comprobado, la mujer drogodependiente tiene menor apoyo que el hombre.

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

Para tratar la bidependencia de la mujer cocainómana, la intervención en la autoestima es crucial, pues es lo que va a determinar su capacidad para afrontar su autonomía. Sería recomendable impulsar aquellos tratamientos en los que se trabaje la autoestima de la mujer de un modo interno (que sea ella misma quien aprenda a valorarse y a quererse), y también externo (mejorando la relación con el entorno).

Despertar el interés sobre la importancia de la educación como factor protector en el desarrollo de conductas violentas.

Para mejorar la situación de las mujeres dependientes de cocaína víctimas de violencia, desde el ámbito legislativo y judicial se debería contribuir: elaborando una normativa que coordine los recursos sociales suficientes, institucionales y privados; apoyando y colaborando con las asociaciones que tratan este tema; elaborando programas destinados a la comprensión y eliminación de las causas de dicha violencia; y promoviendo campañas de sensibilización y formación dirigidas a la ciudadanía en general y a los profesionales de la educación y de la información en especial.

Un elemento fundamental en la prevención de esta violencia es la educación. Por lo que es recomendable actuar de forma preventiva con los hijos de los dependientes de cocaína, modificando los factores de riesgo existentes en sus familias respecto a la violencia y al consumo de drogas, y potenciando sus factores de protección. Una posibilidad de actuación sería reeducar la conducta de maternidad/paternidad responsable mediante un trabajo directo con las mujeres y hombres, y con sus hijos, para que transformen positivamente sus vínculos, intentado evitar que la siguiente generación aprenda un estilo de relación interpersonal de codependencia y desequilibrio.

Es importante proteger a los niños pues son siempre las víctimas de los conflictos entre los padres, bien sean por consumo de drogas o por comportamientos violentos, por lo que cualquier iniciativa encauzada a la protección del menor debe ser potenciada y desarrollada con prioridad absoluta.

También habría que fomentar una educación basada en la igualdad de los niños y las niñas. Coeducar, tanto en igualdad de derechos como de oportunidades, tanto en la escuela como en la familia y teniendo en cuenta los derechos y las necesidades de las niñas.

Finalmente, los medios de comunicación deberían ofrecer modelos positivos y evitar imágenes violentas. Es significativo el tratamiento que estos medios dan sobre las noticias de agresiones contra las mujeres, que frecuentemente son morbosas y sensacionalistas, reforzando mitos que perpetúan la violencia contra ellas. Además del cambio de estas imágenes violentas y su

Capítulo 7.

Conclusiones y propuestas de futuro

tratamiento, ha de producirse una transformación en la imagen que ofrecen los medios de comunicación de las mujeres, transmitiendo una visión más acorde con el papel que las mujeres desempeñan en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, R. C., Levitt, C. J. & Smith, W. L. (2001). Abusive head trauma. En: R.M. Reece & S. Ludwig (Eds.), *Child abuse: medical diagnosis and management* (2a ed.) (pp. 47-80). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

Aluja, A. (1991). *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Barcelona: PPV.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.) (DSM-III). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA

American Psychiatric Association. (1997). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína, opiodes*. Barcelona: EDIKA MED.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anthony, J. C., Tien, A. Y. & Petronis, K. R. (1989). Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. *American Journal of Epidemiology*, 129, 543-549.

Arbex, C., Porras, J., Carrón, J. & Comas, D. (1995). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Ashford, M. W. & Huet-Vaughn, Y. (1997). The impact of war on women. En: B. S. Levy & V. W. Sidel (Eds.), *War and public health* (pp. 186-196). Oxford: Oxford University Press.

Ball, J. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. Nueva York, NY: Springer-Verlag.

Ball, J. C., Rosen, L., Flueck, J. A. & Nurco, D. N. (1981). The criminality of heroin addicts: when addicted and when off opiates. En: J. A. Inciardi (Ed.), *The drugs-crime connection* (pp. 39-65). Beverly Hills: Sage Publications.

Bandura, A. & Walker, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York, NY: Ronald Press.

Bandura, A. (1976). Social learning of aggression. *Journal of Communication*, 288, 12-29.

Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 115-122.

Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.

Beck, A. T. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.

Becoña, E. & Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.

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.

Bennett, L., Manderson, L. & Astbury, J. (2000). *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne: University of Melbourne.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berkowitz, L. & Rawling, E. (1963). Effects of film violence on inhibitions against subsequent aggression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 405-412.

Berkowitz, L. (1989). The frustration-aggression hypothesis: An examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.

Berkowitz, L. (1993). *Aggression*. Nueva York, NY: McGraw Hill.

Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T. & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104, e20.

Bigment, M. F. (2003). Physical complications of substance abuse: what the psychiatrist needs to know. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 291-296.

Blackburn, R. (1993). *The Psychology of criminal conduct. Theory, research and practice*. Chichester, RU: John Wiley & Sons Ltd.

Bolla, K. I., Cadet, J. L. & London, E. D. (1998). The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 280-289.

Boutros, N. N., Gelernter, J. & Gooding, D. C. (2002). Sensory gating and psychosis vulnerability in cocaine-dependent individuals: preliminary data. *Biological Psychiatry*, 51, 683-686.

Brady, K. T. & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22, 241-52.

Braithwait, R. A., Jarvie, D. R., Minty, P. S., Simpson, D. & Widdop, B. (1995). Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine, *Clinical Biochemistry*, 32, 123-153.

Brauer, J. & Gissy, W. G. (1997). *Economics of conflict and peace*. Aldershot: Avebury.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G., Martin, R. A., Rivinus, T., Dubreuil, M. E. et al. (1998). Depression Among Cocaine Abusers in Treatment: Relation to Cocaine and Alcohol Use and Treatment Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155, 220-225.

Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, incidence, and policy implications. *American Psychologist*, 48, 1077-1087.

Buckley, P. F. (1998). Substance abuse in schizophrenia: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 26-30.

Bursik, R. J. Jr. (1988). Social disorganization and theories of crime and delinquency: Problems and prospects. *Criminology*, 26, 519-551.

Butchart, A. & Brown, D. (1991). Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: Incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 52, 35-51.

Caballero L. (1998). *Psicosis cocaínica*. Tarragona: Congreso Anual de Socidrogalcohol.

Caballero, L. (2005). *Adicción a la 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.

Cadet, J. L. & Bolla, K. I. (1996). Chronic cocaine use as a neuropsychiatric syndrome: a model for debate. *Synapse*, 22, 28-34.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M., Bohrn, K., Hakkarainen, P. et al. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. Islas Baleares: Irefrea and European Commission.

Campbell, U. C., Morgan, A. D. & Carroll, M. E. (2002). Sex differences in the effect of baclofen on the acquisition of cocaine selfadministration in rats. *Drug Alcohol Dependence*, 66, 61-69.

Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. (1997). *Preventing deadly conflict: final report*. Nueva York, NY: Carnegie Corporation.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carp, R. M. (2000). *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY: Springer.

Carrera, M. R., Ashley, J. A., Wirsching, P., Koob, G. F. & Janda, K.D. (2001). A second-generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine. *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, 98, 1988-1992.

Carrera, M. R., Ashley, J. A., Zhou, B., Wirsching, P., Koob, G. F. & Janda, K. D. (2000). Cocaine vaccines: antibody protection against relapse in a rat model. *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, 97, 6202-6206.

Carroll, K. M. & Schottenfeld, R. (1997). Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Medical Clinics of North America*, 81, 927-944.

Carroll, K. M. (2001). Un enfoque cognitivo-conductual: *el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Madrid: FAD, Barcelona: CITRAN.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. & Gawin, F. H. (1994). One – year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychoteraphy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E. & Rounsavile, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-727.

Carroll, M. E., Morgan, A. D., Campbell, U. C., Lynch, W. J. & Dess, N. K. (2002). Influence of estrogen in the acquisition of intravenously selfadministration in rats selectively bred for differential saccharin intake: phenotype and sex differences. *Psychopharmacology*, 161, 304-313.

Casas, M., Duro, P. & Pinet, C. (2001). Otras drogodependencias. En: J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 620). Barcelona: Masson S. A.

Casas, M., Roncero, C., Duro, P., Pinet, C. & Ribalta, E. (2001). Abordaje de la dependencia de opiáceos y atención primaria. *Psiquiatría y atención primaria*, 2 (2).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castaño, G. A. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*, 12, 541-551.

Castelló Blasco, J. (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Madrid: Alianza Ensayo.

Cenea R. (2004) El tratamiento a los hombres maltratadores. Febrero /nº 145. Recuperado el 20 de mayor de 2007 de <http://www.hika.net/zenb153/H153-4-36a.html>.

Chermack, S. T. & Blow, F. C. (2002). Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug Alcohol Dependence*, 66, 29-37.

Ciganda, C. (2004). Aspectos clínicos del consumo de pasta base. En: L. Scarlatta (Ed.) *No te enganches con la lata*. Montevideo: IDÉS.

Clark, A. H. & Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6, 37-48.

Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M. & Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 121-127.

Clemente, M. (1995). *Violencia y televisión*. Madrid: Nóesis.

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

Collins, J. J. (1993). Drinking and violence: An individual offender focus. En: S. E. Martin (Ed.), *Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives* (pp. 221-235). Rockville: National Institute of Health.

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.

Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones*, 4, 15-24.

Compton III, W. M., Cottler, L. B., Ben-Abdallah, A., Phelps, D. H., Spitznagel, E. L. & Horton, J. C. (2000). Substance dependence and other psychiatric disorders

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

among drug dependent subjects: race and gender correlates. *American Journal of Addiction*, 9, 113-125.

Compton III, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A. & Spitznagel, E. L. (2003). The Role of Psychiatric Disorders in Predicting Drug Dependence Treatment Outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890-895.

Cone, E. J. (1995). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cocaine. *Journal of Analytical Toxicology*, 19, 459-478.

Corsi, J. (1998). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En: R. Valez & P. Hume (Eds.), *Violencia Doméstica*. Cuernavaca: Cidhal, PRODEC, Centro de Documentación Betsie Hollants.

Cortés, M. T. & López, M. J. (2000). La población de drogodelinquentes del Establecimiento Penitenciario de Valencia: un análisis de las características psicosociales y estrategias de intervención. Informe técnico presentado a la Universitat de Valencia. Material inédito.

Cortina, A. (1998). El poder comunicativo: Una propuesta intersexual frente a la violencia. En: V. Fisas (Ed.), *El sexo de la violencia: género y cultura de la violencia* (pp. 27-41). Barcelona: Icaria.

Cottler, L. B., Compton, W. M. & Mayer, D. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S. et al. (1997). The NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and Methods. *Archives of General Psychiatry*, 54, 721-726.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Frank, A. et al. (2001). Impact of Psychosocial Treatments on Associated Problems of Cocaine Dependent Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 825-830.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Crowell, N. A. & Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington, DC: National Academy Press.

Curran, C., Byrappa, N. & McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 196-204.

Dackis, C. A. & O'Brien, C. P. (2001). Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 111-117.

Daly, J. E. & Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.

Dansky, B. S., Byrne, C. A. & Brady, K. T. (1999). Intimate violence and post-traumatic stress disorder among individuals with cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 257-268.

Dauids, E. & Gastpar, M. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatrische Praxis*, 30, 182-186.

Dean, K. E. & Malamuth, N. M. (1997). Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 449-455.

Delgado, S. & Torrecilla, J. M. (2001). *Medicina legal en drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.

Delgado, S. (1994). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid: Colex.

Denison, M. E., Paredes, A. & Booth, J. B. (1997). Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors. En: M. Galanter, (Ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 13: Alcoholism and violence* (pp. 283-303). New York: Plenum.

Díaz-Aguado, M. J. (2001). Monográfico sobre Familia y Educación [Monografía]. *El Maltrato Infantil. Revista de Educación*, 325, 143-160.

Ditton, J. & Hammersley, R. (1994). The typical cocaine user. *Druglink*, 9, 11-14.

Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35, 93-100.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dobinson, I. & Ward, P. (1986). Heroin and property crime: an australian perspective. *The Journal of Social Issues*, 16, 249-262.
- Dollard, J., Miller, N., Doob, L., Mower, O. H. & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Draper, B. (1996). Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 577-587.
- Dubowitz, H. & Black, M. B. (2001). Child neglect. En: R. M. Reece, S. Ludwig (Eds.), *Child abuse: medical diagnosis and management* (pp. 339-362). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunn, G. E., Ryan, J. J. & Dunn, C. E. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 357-360.
- Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En: D. W. Foy (Ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral Strategies*. Nueva York: Guilford Press.
- Echarren, C. (2002). *Enganchadas*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. & Fernández, J. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide S.A.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P. J. (2004). Violencia en la pareja: reflexiones psicológicas. En: *Libro de Actas del I Congreso Español de Victimología* (pp. 163-184). Lleida.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eckenrode, J., Powers, J. L. & Garbarino, J. (1997). Youth in trouble are youth who have been hurt. En: J. Garbarino & J. Eckenrode (Eds.), *Understanding abusive families* (pp. 167-193). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.

Ellason, J. W., Ross, C. A., Sainton, K. & Mayran L. W. (1996). Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 39-51.

Elzo, J., Lidón, J. M. & Urquijo, M. L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Erlandson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L. & Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Eron, L. D., Huesmann, L. R., Lefkowitz, M. M. & Walder, L. O. (1972). Does television violence cause aggression? *American Psychologist*, 27, 253-263.

Ertem, I. O., Leventhal, J. M. & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 356, 814-819.

Escohotado, A. (1994). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza.

Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

Espada, J. P. & Méndez, F. X. (2002). Trastornos de conducta en la infancia y consumo de drogas. En: J. R. Fernández- Hermida y R. Secades (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Evans, S. M., Haney, M., Fischman, M. W. & Foltin, R. W. (1999). Limited sex differences in response to binge smoked cocaine use in humans. *Neuropsychopharmacology*, 21, 445-454.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Farrington, D. P. (1994a). Early Developmental prevention of juvenile delinquency. *Criminal Behaviour and mental Health*, 4, 209-227.

Farrington, D. P. (1994b). *Psychological explanations of crime*. Aldershot, UK: Dartmouth Publishing Company.

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.

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.

Fiorentine, R., Anglin, M. D., Gil-Rivas, V. & Taylor, E. (1997). Drug treatment: explaining the gender paradox. *Substance Use and Misuse*, 32, 653-678.

Fiorentine, R., Pilati, M. L. & Hillhouse, M. P. (1999). Drug treatment outcomes: investigating the long-term effects of sexual and physical abuse histories. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 363-372.

Fischer, G., Bitschnau, M., Peterzell, A., Eder, H. & Topitz, A. (1999). Pregnancy and substance abuse. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 57-65.

Flanner, B. A., Morgenstern, J., McKay, J., Wechsberg, W. M. & Litten, R. Z. (2004). Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 976-981.

Follingstad, D. R., Wright, S., Lloyd, S. & Sebastian, J. A. (1991). Sex differences in motivations and effects of dating violence. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 40, 51-57.

Frias-Armenta, M. & McCloskey, L. A. (1998). Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Chile Psychology*, 26, 129-139.

Friedman, A. S. (1998). Substance use/abuse a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literatura. *Agression and Violent Behavior*, 3, 339-355.

Galanter, M. & kleber, H. D. (1999). *Textbook of Substance Abuse Treatment* (2^a ed.). Washington, DC: The American Psychiatric Press.

Galeano, E. (2001): *Las venas abiertas de América Latina*. México DF: Siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Galtung, J. (1985). *Violencia, paz e investigación sobre la paz*. Barcelona: Fontamara.

Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27, 291-305.

Galtung, J. (1998). *Tras la violencia 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: bakeaz, gernika gogoratzuz.

Gamella, J. (1997). *Historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Popular.

Garbarino J. (1985). Adolescent development: an ecological perspective. Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Garbarino, J. & Crouter, A. (1978). Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 49, 604-616

Garrido, V. & Junger-Tas, J. (1994). Changes in the family and their impact on delinquency. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1, 27-51.

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

Gil-Rivas, Fiorentine V. R. & Anglin M. D. (1996). Sexual abuse, physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 95-102.

Gil-Rivas, Fiorentine, V. R., Anglin, M. D. & Taylor, E. (1997). Sexual and physical abuse: do they compromise drug treatment outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 351-358.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.

Gold, M. S. (1997). Cocaine (and crack): clinical aspects. En: J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3ª ed.) (pp. 181-199). Baltimore: Williams & Wilkins.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- 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.
- 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.
- Gómez, J. (2000). El alcoholismo femenino: una aproximación cualitativa. *Revista Española de Drogodependencias*, 25, 424-451.
- Gómez, J. (2005). *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Barcelona-Valencia: Octaedro- Riiala.
- González, M. J. (1997). *Metodología de la Investigación Social*. Alicante: Aguaclara.
- Greenfield, S. F. (1996). Women and substance use disorders. In: M. F. Jensvold, U. Halbreich & J. A. Hamilton. (Eds.), *Psychopharmacology and Women: Sex, Gender and Hormones* (pp. 299-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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.
- Griffin, M. L., Weiss, R. D., Mirin, S. M. & Lange, U. A. (1989). comparison of male and female cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 46, 122-126.
- Grisso, J. A., Schwarz, D. F., Hirschinger, N., Sammel, M., Brensinger, C., Santanna, J. et al. (1999). Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 341, 1899-1905.
- Hall, G. W., Carriero, N. J. & Takushi, R. Y. (2000). Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1127-1133.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hall, W. & Carter, L. (2004). Ethical issues in using a cocaine vaccine to treat and prevent cocaine abuse and dependence. *Journal of Medical Ethics*, 30, 337-340.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). *Etnography. Principles in practice*. London: Routledge.
- Hanzlick, R. & Gowitt, G. T. (1991). Cocaine metabolite detection in homicide victims. *Journal of the American Medical Association*, 265, 760-761.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Harrison, L. & Gfroerer, J. (1992). The intersection of drug use and criminal behavior: results from the National Household survey on drug abuse. *Crime Delinquency*, 38, 422-443.
- Harrison, L. D., Erickson, P. G., Adlaf, E. & Freeman, C. (2001). The drugs–violence nexus among American and Canadian youth. *Substance Use and Misuse*, 36, 2065-2086.
- Harruff, R. C., Francisco, J. T., Elkins, S. K., Phillips, A. M. & Fernandez, G. S. (1988). Cocaine and homicide in Memphis and Shelby county: an epidemic of violence. *Journal of Forensic Science*. 33, 1231-1237.
- Harvey, E. M., Rawson, R. A. & Obert, J. L. (1994). History of sexual assault and the treatment of substance abuse disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 361-367.
- Haver, B. (1987). Female alcoholics: IV. The relationship between family violence and outcome 3–10 years after treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 449-455.
- Henessy, G. O., De Menil, V. & Wesiss, R. D. (2003). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Current Psychiatry Reports*, 5, 362-364.
- 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.
- Homer, A. C. & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hunter, W. M., Jain, D., Sadowski, L. & Sanhueza, A. (2000). Risk factors for severe discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 435-447.

Ibáñez, T. & Íñiguez, L. (1996). Aspectos metodológicos de la Psicología Social Aplicada. En: J. L. Álvaro, A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.), *Psicología Social Aplicada* (pp. 57-82). Madrid: McGraw-Hill.

Iborra, I. (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.

Íñiguez, L. (1995). Métodos cualitativos en Psicología Social. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5, 5-26.

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

Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 14 de abril de 2007 de <http://www.ine.es/>

Izquierdo, M. J. (1998). Los órdenes de la violencia: especie, sexo y género. En: V. Fisas (Ed.), *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia* (pp. 61-91). Barcelona: Icaria.

Jenny, C., Hymel, K., Ritzen, A., Reninert, S. & Hay, T. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 281, 621-626.

Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M. & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug Alcohol Dependence*, 61, 297-306.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348-351.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kaplan, H. I., Freedman, A. M. & Sadock, B. J. (1980). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Karabanda, N. D., Anglin, M. D., Khalsa-Denison, E. & Paredes, A. (1999). Differential effects of treatment modality on psychosocial functioning of cocaine dependent-men. *Journal of Clinical Psychology* 55, 257-274.
- Kaufman, M. J., Levin, J. M., Maas, L. C., Kukes T. J., Villafuerte, R. A., Dostal, K. et al. (2001). Cocaine-induced cerebral vasoconstriction differs as a function of sex and menstrual cycle phase. *Biological Psychiatry*, 49, 774-781.
- Kazdin, A. E. & Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial*. Madrid: Pirámide.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behaviour in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Keikelame, J. & Ferreira, M. (2000). *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town: Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kirschner, R. H. & Wilson, H. (2001). Pathology of fatal child abuse. En: R. M. Reece, S. Ludwig (Eds.), *Child abuse: medical diagnosis and management* (2a ed.) (pp. 467-516). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Klevens, J., Bayón, M. C. & Sierra, M. (2000). Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 24, 323-332.
- Koppel, B. S., Samkoff, L. & Daras, M. (1996). Relation of cocaine use to seizures and epilepsy. *Epilepsia*, 37, 875-878.
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., & Russo, N. F. (1994). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kosten, T. A., Gawin, F. H., Kosten, T. R. & Rounsaville, B. J. (1993). Gender differences in cocaine use and treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 63-66.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kosten, T. R. & Biegel, D. (2002). Therapeutic vaccines for substance dependence. *Expert Review of Vaccines*, 1, 363-371.
- Kranzler, H. R., Satel, S. & Apter, A. (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 335-40.
- Kurrle, S. E., Sadler, P. M. & Cameron, I. D. (1992). Patterns of Elder Abuse. *Medical Journal of Australia*, 155, 150-153.
- Ladwig, G. B. & Andersen, M. D. (1989). Substance abuse in women: relationship between chemical dependency of women and past reports of physical and/or sexual abuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 24, 739-754.
- Lange, R. A. & Hillis, L. D. (2001): Cardiovascular complications of cocaine use. *The New England Journal of Medicine*, 345, 351-358.
- Lein, L., Jacquet, S. E., Lewis, C. M., Cole, P. R. & Williams, B. B. (2001). With the Best of Intentions. Family Violence Option and Abused Women's Needs. *Violence Against Women*, 7, 193-210.
- Lesswing, N. J. & Dougherty, R. J. (1994). Psicopatología en pacientes dependientes del alcohol y la cocaína: Comparación de resultados con test psicológicos. *Revista de Toxicomanías*, 1, 28-32.
- Letourneau, E. J., Holmes, M. & Chasendunn-Roark, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 9, 115-120.
- Levin, F. R., Evans, S. M. & Kleber, H. D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit/hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Dependence*, 52, 15-25.
- Licata, A., Taylor, S. P., Berman, M. & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 45, 549-552.
- Liebermann, J. A., Kinon, B. J. & Loebel, A. D. (1990). Dopaminergic mechanism in idiopathic and drug-induced psychosis. *Schizophrenia Bull*, 16, 97-110.
- Lim, K. O. & Helpert, J. A. (2002). Neuropsychiatric applications of DTI-A review. *NMR Biomed*, 15, 587-593.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

López, M. J. & Garrido, V. (2000). Hijos con conducta antisocial. En: F. Tortosa & F. Escrivá (Eds.), *Máster Universitario de Psicología y Gestión Familiar* (pp. 168-182). Valencia: Universitat de València. ADEIT.

López, M. J. & Garrido, V. (2001). *La necesidad de prevenir e intervenir en la delincuencia juvenil*. Informe técnico presentado a la Universidad Carlos III de Madrid.

López, M. J. (1996). *Procesos psicológicos, conducta delictiva e investigación criminal*. Proyecto docente. Material inédito.

López, M. J. (2006). *La psicología de la delincuencia*. Salamanca: Cise. Universidad de Salamanca.

López, M. J., Garrido, V., Rodríguez, F. J. & Paíno, S. (2002). Jóvenes y competencia social: un programa de intervención. *Psicothema*, 14, 155-163.

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual of Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.

Lukas, S. E., Sholar, M., Lundahl, L. H., Lamas, X., Kouri, E., Wines, J. D. et al. (1996). Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers. *Psychopharmacology*, 124, 346-354.

Lynch, W. J. & Carroll, M. E. (1999). Sex differences in the acquisition of intravenously self-administered cocaine and heroin in rats. *Psychopharmacology*, 144, 77-82.

Lynch, W. J. & Taylor, J. R. (2004). Sex differences in the behavioral effects of 24-h/day access to cocaine under a discrete trial procedure. *Neuropsychopharmacology*, 29, 943-951.

Lynch, W. J., Roth, M. E. & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164, 121-137.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lynch, W. J., Roth, M. E., Mickelberg, J. L. & Carroll, M. E. (2001). Role of estrogen in the acquisition of intravenously self-administered cocaine in female rats. *Pharmacology and Biochemical Behaviour*, 68, 641-646.

Mackal, K. (1983). *Teorías psicológicas de la agresión*, Madrid: Editorial Pirámide.

Magallón, C. (1998). Sostener la vida, producir la muerte: estereotipos de género y violencia. En: V. Fisas (Ed.), *El sexo de la violencia* (pp. 93-116). Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Manion, I. G., & Wilson, S. K. (1995). *An Examination of the Association Between Histories of Maltreatment and Adolescent Risk Behaviours*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A. & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *British Journal of Psychiatry*, 176, 285-289.

Marshall, C. & Rossman, B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. & Kosten, T. R. (2005). Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. *Biological Psychiatry*, 58, 158-164.

Martin, S. E. & Bryant, K. (2001). Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse*, 13, 563-581.

McCance-Katza, E. F., Kosten, T. R. & Jatlow, P. (1998). Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone. A multiple-dose study. *Biological Psychiatry*, 44, 250-259.

McGonigal, M. D., Cole, J. B. S., Schwab, C. W., Kauder, D. R., Rotondo, M. F. & Angood, P. B. (1993). Urban firearm deaths: a five year perspective. *The Journal of Trauma*, 35, 532-536.

McKim, W. (1986). *Drugs and Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

McMahon, R. C., Malow, R. & Loewinger, L. (1999). Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers. *American Journal of Addiction*, 8, 1-8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: W. Morrow & company.

Medina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En: E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide.

Mello, N. (1998). Cocaine abuse and reproductive function in women. En: C. L. Wetherington & A. B. Roman. (Eds.). *Drug Addiction Research and the Health of Women*. (pp. 131-150). Rockville (MA): National Institute on Drug Abuse.

Mello, N. K. & Mendelson, J. H. (1997). Cocaine's effects on neuroendocrine systems: clinical and preclinical studies. *Pharmacology and Biochemical Behaviour*, 57, 571-599.

Merton, R. K. & Kendall, P. (1946). The focused interview. *American Journal of Sociology*, 51, 541-547.

Miller, B. A, Downs, W. R. & Gondoli, D. M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533-540.

Miller, B. A., Downs, W.R. & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 109-117.

Miller, M., Gold, S. & Mahler, J. C. (1990). A study of violent behaviors associated with cocaine use: Theoretical and pharmacological implications. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2, 67-71.

Ministerio del Interior de España. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2005. Recuperado el 7 de abril de 2007 de <http://www.mir.es/>

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moncrieff J., Drummond, D. C., Candy, B., Checinski, K. & Farmer, R. (1996). Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behavior. *British Journal of Psychiatry*, 169, 355-360.

Money, J. (1955). Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychologic Findings. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, 96, 253-264.

Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. En: N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds). *Handbook of qualitative research*. California: Sage publications.

Mugford, S. K. (1994). Recreational cocaine use in three Australian cities. *Addiction Research*, 2, 95-108.

Mullen, P. E., Martin, J., Anderson, J. C., Romans, S. E. & Herbison, G. P. (1994): The effect of child abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35-47.

Mulvey, E. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 663-668.

Murillo, S. (2000). *Relaciones de poder entre hombres y mujeres. Los efectos del aprendizaje de rol en los conflictos y en la violencia de género*. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas.

Murphy, G. E & Wetzel, R.D. (1990). The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.

Naciones Unidas (2000). *Igualdad, Desarrollo y Paz*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Nair, B.S. & Watson, R. R. (1991). Cocaine and the pregnant woman. *The Journal of Reproductive Medicine*, 36, 826-827.

Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J.P., Reif, S., Muenz, L.R., Blaine, J. et al. (1998). Cocaine Dependence with and without PTSD in the NIDA Cocaine Collaborative Study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214-219.

National Institute on Drug Abuse, Gender differences in drug abuse risks and treatment, NIDA Notes, vol. 15, núm. 4 (2000). Recuperado el 15 de enero de 2007 de http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/tearoff.html.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

National Institute on Drug Abuse, In drug abuse, gender matters, NIDA Notes, vol. 17, núm. 2 (2002). Recuperado el 15 de enero de 2007 de http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol17N2/DirRepVol17N2.html.

Needle, R. H, Trotter, R. T. I., Singer, M., Bates, C., Page, J. B., Metzger, D. et al. (2003). Rapid Assessment of the HIV/AIDS Crisis in Racial and Ethnic Minority Communities: An Approach for Timely Community Interventions. *American Journal of Public Health*, 93, 970-979.

Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8, 1445-1449.

Nurco, D. N., Ball, J. C., Shaffer, J. W., & Hanlon, T. E. (1985). The criminality of narcotic addicts. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 94-102.

O'Conner, M. (1995). *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublín: Women's Aid.

Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 -análisis y principales resultados. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. Recuperado el 26 de marzo de 2007 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>.

Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. Recuperado el 26 de marzo de 2007 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.

Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 6. 2003 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. Recuperado el 20 de marzo de 2007 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-06.pdf>.

Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en Europa. Recuperado el 20 de marzo de 2007 de <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>.

Ochoa, E. (2000). *Cocaína, la gran desconocida*. Madrid: Zaguán.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Informe mundial sobre drogas 2007. Recuperado el 19 de julio de 2007 de http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Informe mundial sobre drogas 2005. Recuperado el 26 de marzo de 2007 de http://www.unodc.org/pdf/research/wdr_Volume1_sp.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida 2005. Recuperado el 25 de abril de 2007 de http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_es.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 23 de febrero de 1994 (Resolución No. A/RES/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.

Z

Oficina de las Naciones Unidas. (1995). *Las Naciones Unidas y los Derechos Humanos 1945-1995. Serie Lib. Azalea, VII*, New York: Naciones Unidas.

Ogg, J. & Bennet, G. (1992). Elder Abuse in Britain, *British Medical Journal*, 305, 998-999.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

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>.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud: resumen. 2003. Recuperado el 24 de febrero de 2007 de <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>.

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

Otero, J. M. & Vega, A. (1993). Relación droga-delincuencia: un análisis teórico. *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 59-70.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ouimette, P. C. & Riggs, D. (1998). Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims, 13*, 117-130.
- Ouimette, 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.
- Oztecan, S., Dogru-Abbasoglu, S., Mutlu-Turkoglu, U., Calay, Z., Aykac-Toker, G., Uysal, M. et al. (2000). Nasal toxicity of cocaine: a hypercoagulable effect? *Journal of the National Medical Association, 92*, 39-41.
- Pascual, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones, 13* (2).
- Peden, M., van der Spuy, J., Smith, P. & Bautz, P. (2000). Substance abuse and trauma in Cape Town. *South African medical journal. 90*, 251-255.
- Pedersen, W., Clausen, S. E. & Lavik, N. J. (1989). Patterns of drug use and sensation-seeking among adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 386-390.
- Peláez, P. & Luengo, X. (1993). *El Adolescente y sus Problemas ¡Esté Alerta!* (3ª ed.). Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. & Wolff, F. A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction, 97*, 773-783.
- Pérez, A. (1987). *Cocaína surgimiento y evolución de un mito*. Bogotá: Editorial Presencia.
- Pérez, B., Castellano, M. & Valderrama, J. C. (2005). Epidemiología del consumo de cocaína. En: J. A. García del Castillo, C. López Sánchez (Eds.) *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis* (pp. 141-161). Madrid: EDAF.
- Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). The Prevalence of Elder Abuse: a Random Sample Survey. *The Gerontologist, 28*, 51-57.
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine, 19*, 93-115.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Podnieks, E.; Pillemer, K.; Nicholson, J. P.; Shillington, T. & Frizzel, A. F. (1989). *A National Survey on Abuse of the Elderly: Preliminary Findings*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.

Post, R. M., Weiss, S. R. B., Pert, A., Uhde, R. W. (1987). Chronic cocaine administration: sensitization and kindling effects. En: S. Fisher, A. Raskin & E. H. Uhlenhuth (Eds.), *Cocaine: Clinical and Biobehavioral Aspects* (pp. 109-173). New York, NY: Oxford University Press.

Powis, B., Griffiths, P., Gossop, M. & Strang, J. (1996). The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Substance Use and Misuse*, 31, 529-543.

Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. & Hopkins, L. N. (2001). Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation*, 103, 502-506.

Recio, J. L. (1991). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.

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.

Reiss, A. J. & Roth, A. (1993). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.

Reynolds, E. & Bada, H. S. (2003). Pharmacology of drugs of abuse. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30, 501-522.

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.

Roberts, D. C. S. & Phelan, R. (1998). Gender differences in cocaine self-administration in rats: relevance to human drug-taking behavior. En: C. L. Wetherington & A. B. Roman (Eds.), *Drug Addiction Research and the Health of Women* (pp. 165-172). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Rodríguez Díaz, F. J., Paíno Quesada, S. G., Herrero Díaz, F. J. & González, L. M. (1997). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9, 587-598.

Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B. et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.

Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.

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

Rosecan, J. S. & Spitz, H. I. (1990). Nueva concepción de la cocaína: revisión histórica. En: H. I. Spitz & J. S. Rosecan (Eds.), *Cocaína abuso, nuevos enfoques en la investigación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Rosenbaum, J. F. (1986). Cocaine and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1320.

Rounsaville, B., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43-51.

Rounsaville, B. & Carroll, K. (1991). Psychiatric disorders in treatment-entering cocaine abusers. *NIDA Res Monograph*, 110, 227-51.

Ruiz, J. I. & Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Rutherford, M. J., Cacciola, J. S. & Alterman, A. I. (1999). Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *American Journal of Psychiatry*, 156, 849-856.

Sáiz, P. A., González, M. P., Paredes, B., Sánchez, A., Fernández, J. M., Bascarán, M. T. et al. (2005). Estado actual del tratamiento del abuso y/o dependencia de cocaína. En: J. A. García & C. López (Eds.), *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis* (pp. 247-286) Madrid: EDAF.

Salloum, I. M., Douaihy, A., Ndimbie, O. K. & Kirisci, L. (2004). Concurrent

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

alcohol and cocaine dependence impact on physical health among psychiatric patients. *Journal of Addictive Diseases*, 23, 71-81.

Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.

Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.

Sanmartín, J., Grisolia, J. S. & Grisolia, S. (1998). *Violencia, televisión y cine*. Barcelona: Ariel.

Sariola, H. & Uutela, A. (1992). The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 16, 823-832.

Satell, S. L. & McDougle, C. J. (1991). Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 947.

Sayre, S. L., Evans, M., Hokanson, P. S., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. et al. (2004). Who gets in? Recruitment and screening processes of outpatient substance abuse trials. *Addictive Behaviors*, 29, 389-398.

Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rothfleisch, J. M., Bailey, S. E., Sayre, S. L. et al. (2000). Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 189-198.

Schneier, F. R. & Siris, S. G. (1987). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 641-652.

Schubiner, H., Tzelepis, S., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B. J. et al. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 244-251.

Sell, S. L., Thomas, M. L. & Cunningham, K. A. (2002). Influence of estrous cycle and estradiol on behavioral sensitization to cocaine in female rats. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 281-290.

Serper, M. R., Chou, J. C., Allen, M. H., Czobor, P. & Cancro, R. (1999). Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 387-394.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Serrano, I. (1998). *Agresividad Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Siegel, 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.
- Siegel, L. (1998). *Criminology: Theories, Patterns, and Typologies*. Belmont, CA: West/Wadsworth.
- Sinha, R. & Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. *Journal of American Academy of Psychiatry Law*, 27, 513-526.
- Smutt, M. & Miranda, J. L. E. (1998). El Salvador: socialización y violencia juvenil. En: C. G. Ramos (Ed.), *América Central en los noventa: problemas de juventud* (pp. 151-187). San Salvador: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Soares, B. G. O., Lima, M. S., Reisser, A. A. P. & Farrell, M. (2004). Dopamine agonists for cocaine dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Solé, J. (2005). Tratamiento del paciente consumidor de estimulantes. Estado actual del tratamiento del abuso y/o dependencia de cocaína. En: J. A. García & C. López (Eds.), *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis* (pp. 287-311). Madrid: EDAF.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal Psychiatry*, 176, 345-350.
- Sterk-Elifson, C. (1996). Just for fun? Cocaine use among middleclass women. *Journal of Drug Issues*, 26, 63-76.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkehor, D., Moore, D. W. & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. & Jono, R. T. (1990). Violence and

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 761-770.

Swanson, J., Estroff, S., Swartz, M. & Borum, R. (1997). Violence and severe mental disorders in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry*, 60, 1-22.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B. J. (1998). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication non-compliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 75-80.

Tang, C. S. (1998). The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 22, 381-391.

Tardiff, K., Marzuk, P. M., Lowell, K., Portera, L. & Leon, A. C. (2002). A study of drug abuse and other causes of homicide in New York. *Journal of Criminal Justice*, 30, 317-325.

Taylor, B., Davis, R. & Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer program: A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós Studio.

Taylor, S. P. & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs, and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 78-88.

Taylor, S. P. & Hulsizer, M. R. (1998). Psychoactive drugs and human aggression. En: R.G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp.139-165). San Diego, CA: Academic Press.

Taylor, W. K., Magnussen, L. & Amundson, M. J. (2001). The Lived Experience of Battered Women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.

Tjaden, P. & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey*. Washington D.C.: National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention.

Tontodonato, P. & Crew, K. B. (1992). Dating violence, social learning theory, and gender: A multivariate analysis. *Violence and Victims*, 7, 3-14.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Triffleman, E. G., Marmar, C. R., Delucchi, K. L. & Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *Journal of nervous and mental disease*, 183, 172-176.

Uslaner, J., Kalechstein, A., Richter, T., Ling, W. & Newton, T. (1999). Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1444-1446.

Valderrama, J. C. & Gómez, J. (2002). *La prevención en municipios menores de 7000 habitantes de la provincia de Valencia*. Valencia: Fundación de ayuda contra la drogadicción y Diputación de Valencia.

Valderrama, J. C., Tortajada, S., Alapont, L., Vidal, A., Perez, M. J., Castellano, M. et al. (2006). Rapid Assessment of Drug Abuse Prevention Needs for Youth in Small Spanish Municipalities: Coping with Resource Limitations. Aceptado para publicación en el *Journal of Drug Issues*, 36, 29-52.

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

Van Etten, M. L. & Anthony, J. C. (1999). Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: Marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 117-25.

Vargas, N. A., Lopez, D., Pérez, P., Zuniga, P., Toro, G. & Ciocca, P. (1995). Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1077-1082.

Vega, A. (1990). Delincuencia y drogas. Reflexiones Pedagógicas. *Delinquency*, 2, 247-271.

Vila, M. E. (2006). Coca y cocaína: aspectos farmacotológicos. En: G. Touzé (Ed.), *Saberes y Prácticas sobre Drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 79-92). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Federación Internacional de Universidades Católicas.

Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clínica y salud*, 4, 215-228.

Vocci, F. J. & Elkashef, A. (2005). Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 265-270.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Volkow, N. D. (2001). Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1181-1183.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York, NY: Harper y Row Publishers.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Walters, G. (1990). *The Criminal Lifestyle: Patterns of serious criminal conduct*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 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.
- Washton, A. M. (1986). Treatment of cocaine abuse. *NIDA Research Monograph*, 67, 263-270.
- Weiss, R. D., Martinez-Raga, J., Griffin, M. L., Greenfield, S. F. & Hufford, C. (1997). Gender differences in cocaine dependent patients: A 6 month follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 35-40.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M., Griffin, M. L. & Michael, J. L. (1998). Psychopathology in cocaine abusers. Changing trends. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 719-25.
- Westermeyer, J. & Boedicker, A. E. (2000). Course, severity and treatment of substance abuse among women versus men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 523-535.
- 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wiederman, M. W. & Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 163-168.

Windle, R., Windle, C., Scheidt, D. M. & Miller, G. B. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1322-1328.

Wolfe, D. (1987). *Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology*. London, UK: Sage Publications.

Youssef, R. M., Attia, M. S. & Kamel, M. I. (1998). Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 22, 959-973.

Yu, J. & Williford, W. (1994). Alcohol, other drugs and criminality: A structural analysis. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 373-394.

Zautcke, J. L., Morris, R. W., Koenigsberg, M., Carmody, T., Stein-Spencer, L. & Erickson, T. B. (1998). Assaults from penetrating trauma in the State of Illinois. *American Journal of Emergency Medicine*, 16, 553-556.

Zimmerman, S. V., Strous, R. D., Burgess, E. S., Kohnstamm, S. & Green, A. I. (2000). Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 94-98.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: Erlbaum.

Zuckerman, M. (1983). A biological theory of sensation seeking. En: M. Zuckerman (Ed.) *Biological bases of sensation-seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 37-76). Hillsdale: Erlbaum.

Zununegui, M. V., Morales, J. M., Martínez, V. (1997). Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 47, 33-41

ANEXOS

Anexo I. Perfil sociodemográfico de cocainómanos

Entrevistas Hombres (EH)

EH1

Edad: 32 años

Estado civil: Soltero

Profesión: Preparador de pedidos en una empresa

Tiempo en tratamiento: 3 años

Tiempo de abstinencia: 2 meses

EH2

Edad: 33 años

Estado civil: Casado

Profesión: Encargado de un supermercado

Tiempo en tratamiento: 2 años

Tiempo de abstinencia: 5 meses

EH3

Edad: 44 años

Estado civil: Soltero

Profesión: Camarero

Tiempo en tratamiento: 3 años

Tiempo de abstinencia: 12 meses

EH4

Edad: 30 años

Estado civil: Soltero

Profesión: Pintor de obras y hornero de cerámica

Tiempo de tratamiento: un año y medio

Tiempo de abstinencia: 1 mes

EH5

Edad: 38 años

Estado civil: Soltero

Profesión: Chofer profesional

Tiempo en tratamiento: 2 años

Tiempo de abstinencia: 8 meses

ANEXOS

EH6

Edad: 35 años

Estado civil: Casado

Profesión: Trabaja en empresa azulejera

Tiempo en tratamiento: 1 año

Tiempo de abstinencia: 12 meses

Entrevistas Mujeres (EM)

EM1

Edad: 21

Estado civil: Soltera

Ocupación: Panadera

Tiempo en tratamiento: 4 años

Tiempo de abstinencia: 9 meses

EM2

Edad: 40, voy a hacer 41

Estado civil: Casada

Ocupación: Pescadera

Tiempo en tratamiento: 1 año

Tiempo de abstinencia: 12 meses

EM3

Edad: 21

Estado civil: Soltera

Ocupación: Carnicera

Tiempo en tratamiento: 3 años

Tiempo de abstinencia: 12 meses

EM4

Edad: 31

Estado civil: Casada

Ocupación: Cajera de supermercado

Tiempo en tratamiento: 9 meses

Tiempo de abstinencia: 5 meses

ANEXOS

EM5

Edad: 25

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Tiempo en tratamiento: 9 meses

Tiempo de abstinencia: 4 meses

EM6

Edad: 29

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Pensionista

Tiempo en tratamiento: 1 año

Tiempo de abstinencia: 2 meses

Anexo II. Encuesta UCA

1. ¿Considera que se puede establecer una relación entre adicción a la cocaína y el desarrollo de conductas violentas? Justifique la respuesta.

2. ¿Cree que existen diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres adictos/as a la cocaína?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿Cuáles son estas diferencias?

Hombres adictos

Mujeres adictas

3. ¿Quién/quienes suelen ser los objetos de violencia de los hombres adictos a la cocaína?

¿En qué contexto o situación?

4. ¿Quién/quienes suelen ser los objetos de violencia de las mujeres adictas a la cocaína?

¿En qué contexto o situación?

5. Valore del 1 al 3 cada una de las conductas violentas que tanto los hombres como las mujeres adictos/as a la cocaína ejercen. Siendo 1 el mínimo y 3 el máximo de violencia.

Tipos de violencia	Hombres	Mujeres
Violencia autodestructiva		
Violencia física		
Violencia verbal		
Violencia psicológica		
Violencia sexual		
Violencia económica		

ANEXOS

Objeto de la violencia	Hombres	Mujeres
Pareja		
Hijos		
Padres		
Otros hombres no familiares		
Otras mujeres no familiares		

6. ¿Cuál cree que es la imagen social de las mujeres adictas a la cocaína? (qué percepción cree que tiene la sociedad en general sobre estas mujeres, qué estereotipos existen)

7. Motivos por los que se inician en el consumo de cocaína

Hombres

Mujeres

8. ¿Qué tipo de problemas psicológicos son los más frecuentes entre las mujeres y los hombres adictos/as a la cocaína?

Hombres

Mujeres

9. Las mujeres cocainómanas ¿manifiestan haber sido víctimas de maltrato en su infancia o adolescencia?

10. Los hombres cocainómanos ¿manifiestan haber sido víctimas de maltrato en su infancia o adolescencia?

11. Durante el tratamiento con mujeres adictas a la cocaína, ¿se dan situaciones de maltrato? ¿Suelen decirlo? En caso afirmativo ¿En qué momento del tratamiento lo verbalizan?

Al principio en el diagnóstico	Durante el tratamiento	Al final del tratamiento

ANEXOS

12. ¿Qué motivación tienen para el inicio del tratamiento?

Los hombres

Las mujeres

13. ¿Cuáles son las causas de recaída?

En hombres

En mujeres

14. ¿Cuáles son las causas de abandono de tratamiento?

En hombres

En mujeres

15. ¿Cuáles son los apoyos personales durante el tratamiento?

De hombres

De mujeres

16. ¿Se tratan conductas violentas de forma específica durante el tratamiento de desintoxicación y deshabituación? ¿Qué tratamiento se da a un paciente en el que se observan conductas violentas?

17. Cuando se detecta una conducta violenta en un/a adicto/a, ¿se deriva a un centro especializado en violencia?

18. ¿Cree que las mujeres acuden menos a tratamiento que los hombres? ¿Cuál cree que es la razón?

19. Existen diferencias en la aceptación de los límites y normas del tratamiento entre los hombres y mujeres adictos a la cocaína? En caso afirmativo ¿qué diferencias son estas?

En los hombres

En las mujeres

ANEXOS

20. ¿Cree necesario diseñar tratamientos diferentes para adictos a la cocaína en función del género?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿Qué aspectos sería los que trabajaría de forma específica?

Anexo III. Encuesta CM24H

1. ¿Considera que se puede establecer una relación entre adicción a la cocaína y el desarrollo de conductas violentas? Justifique la respuesta.

2. ¿Cree que existen diferencias en los comportamientos violentos de hombres y mujeres adictos/as a la cocaína?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿Cuáles son estas diferencias?

Hombres adictos

Mujeres adictas

3. ¿Quién/quienes suelen ser los objetos de violencia de los hombres adictos a la cocaína?

¿En qué contexto o situación?

4. ¿Quién/quienes suelen ser los objetos de violencia de las mujeres adictas a la cocaína?

¿En qué contexto o situación?

5. ¿Suelen las mujeres manifestar durante el proceso de ayuda, si consumen cocaína ellas o sus parejas?

6. Valore del 1 al 3 cada una de las conductas violentas que tanto los hombres como las mujeres ejercen. Siendo 1 el mínimo y 3 el máximo de violencia.

Tipos de violencia	Hombres	Mujeres
Violencia autodestructiva		
Violencia física		
Violencia verbal		
Violencia psicológica		
Violencia sexual		
Violencia económica		

ANEXOS

Objeto de la violencia	Hombres	Mujeres
Pareja		
Hijos		
Padres		
Otros hombres no familiares		
Otras mujeres no familiares		

7. ¿Cuál cree que es la imagen social de las mujeres adictas a la cocaína? (qué percepción cree que tiene la sociedad en general sobre estas mujeres, qué estereotipos existen).

8. ¿Qué tipo de problemas psicológicos son los más frecuentes entre las mujeres que reciben o han recibido maltrato?

9. ¿Qué tipo de problemas psicológicos son los más frecuentes entre los hombres que ejercen o han ejercido maltrato?

10. Durante el seguimiento de las mujeres atendidas ¿se indaga sobre los consumos de drogas por parte de ellas o de sus parejas?

11. ¿Las mujeres que reciben o han recibido maltrato suelen ser consumidoras de drogas? Si es así, ¿Suelen consumir cocaína concretamente? ¿Suelen decirlo? En caso afirmativo ¿En qué momento del proceso de ayuda lo verbalizan?

Al principio del proceso de ayuda	Durante el proceso de ayuda	Al final del proceso de ayuda

12. ¿Los hombres que ejercen o han ejercido el maltrato, suelen ser consumidores de cocaína? Si es así ¿lo verbalizan las mujeres durante el seguimiento?

13. ¿Cuáles son los apoyos personales que reciben estas mujeres durante el proceso de ayuda?

14. Los profesionales de atención a la mujer que recibe o ha recibido maltrato ¿tienen algún tipo de formación específica en consumo de cocaína?

15. Cuando se detecta una conducta de consumo de cocaína en una mujer que recibe o ha recibido maltrato, ¿se deriva a un centro especializado en adicciones? Si es así, ¿Cuál sería el proceso?

Anexo IV. Guión entrevista cocainómanos

- Causas o motivos para el consumo de cocaína (qué motivos encuentra él/ella para consumir cocaína)
- Experiencia personal, trayectoria vital del consumidor/a (experiencia personal como consumidor/a)
- Relación con la cocaína:
 - Expectativas (qué esperaban encontrar con el consumo)
 - Efectos
 - Problemas (qué problemas les han surgido por el consumo)
- Cocaína generadora de cambios de comportamientos.
 - Laborales
 - Familiares
 - Socio-relacionales
- Opiniones sobre el tratamiento de adicción a la cocaína y opinión sobre los centros.
- Opiniones sobre las políticas públicas.