

Sexualidad, Mujer y Drogodependencias¹

Dra. Carmen Orte Socías

Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca

La asociación entre sexualidad femenina y consumo de drogas no es nueva, algunos temas aparecen ligados a la misma de forma recurrente en diferentes épocas, así por ejemplo, a la prostitución, al maltrato físico y sexual; al erotismo de las drogas asociadas al sexo -drogas que han ido cambiando en función del mercado²- que han sido, y son, utilizadas como reclamo en anuncios publicitarios e incluso en algunas revistas divulgativas³; e incluso como reclamo indirecto de otros productos tradicionalmente ligados al erotismo femenino, por ejemplo, algunos perfumes y colonias⁴. En la actualidad, si bien estos temas están todavía presentes, algunos de ellos han alcanzado mayor virulencia, concentrándose en la mujer consumidora de drogas, la prostitución, las enfermedades de transmisión sexual -específicamente el virus de la inmunodeficiencia humana-, y la transmisión de enfermedades y problemas de diverso tipo -incluida la adicción-, a sus propios hijos, a través del embarazo.

La importancia de todos estos temas en sí mismos, merece un tratamiento profundo e individualizado que, sin embargo, no ha recibido un interés especial y exhaustivo por parte de los investigadores. Ello puede explicarse, en parte, si se tiene en cuenta que, en relación al consumo de drogas en general, y al consumo de drogas de la mujer en particular, no parece que sean temas de primer orden en lo que se refiere a las diversas problemáticas que suelen presentar las personas drogadictas y que requieren una mayor inmediatez de respuesta que no suele incluir el abordaje de la sexualidad.

Sin embargo, también puede explicarse desde otras perspectivas, principalmente relacionadas con el desconocimiento histórico de la drogadicción femenina, que no puede atribuirse únicamente a razones de escasa representación numérica, sino más bien, a cuestiones culturales y de percepción social respecto al género femenino, tal como iremos comentando posteriormente.

¹ Los contenidos de este artículo fueron tratados en el Congreso de Psicopatología titulado Sexualidades: Imagens e Representações que organizó el Instituto Superior da Maia y se celebró en Porto los días 4-5 Diciembre de 1997.

² El erotismo sexual de las drogas no sólo lo encontramos en la denominación -claramente femenina- con la que se conoce a algunas de ellas como la heroína o la cocaína, sino también en el de otras "bautizadas" con el nombre de sus supuestas propiedades sexuales como "el éxtasis", e incluso en su utilización como reclamo facilitador de la sexualidad como el alcohol e incluso el "popper".

³ Véase al respecto el número 154 (febrero 1998) de la *Revista Primera Linea* "Nuevas drogas para el sexo" págs. 20 a 26.

⁴ Algunas marcas conocidas lanzan de vez en cuando nuevos perfumes con nombres como por ejemplo "opium" "cocaine"..... etc.

De todas maneras, y teniendo en cuenta que buena parte de las cuestiones comentadas forman parte del discurso personal, social, profesional e incluso investigador en mayor o menor medida, y de las líneas de intervención que se están llevando a cabo en la actualidad, voy a centrar la reflexión sobre seis cuestiones relacionadas con la importancia de la sexualidad tanto en los procesos como en las consecuencias como en los resultados de determinados consumos y situaciones de adicción. En realidad, la mayoría de las cuestiones que comentaremos están relacionadas entre sí, y, a menudo, confluyen en una misma realidad personal, sin embargo, puede ser útil para la reflexión, comentarlas por separado. Así, los elementos de reflexión son los siguientes:

- 1) En primer lugar la relación entre las respuestas sexuales y el consumo de tóxicos en el sentido de analizar la importancia del tóxico o tóxicos en las relaciones sexuales, tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el punto de vista psicológico.
- 2) En segundo lugar la relación entre el consumo de drogas de la mujer y sus elecciones y relaciones de pareja, desde el punto de vista de la desventaja que supone el etiquetamiento social que asocia el consumo de drogas femenino con enfermedades de diverso tipo, conductas desviadas en general y conductas particulares como la prostitución.
- 3) En tercer lugar, la relación entre determinados problemas, entre otros, los que se relacionan con algunos aspectos de la sexualidad, -desde la configuración de la sexualidad, hasta problemas específicos como el abuso sexual o la violación, e incluso determinados pro-

blemas aparecidos en las relaciones sexuales- y el consumo de drogas.

- 4) La especificidad del consumo de diferentes tipos de sustancias en relación a las tipologías de problemas asociados específicamente al género.
- 5) La especificidad del consumo de drogas femenino y las consecuencias sobre terceros en el sentido de reflexionar no sólo sobre las consecuencias del consumo de tóxicos en el embarazo, sino también en las situaciones de riesgo posterior una vez que se ha producido el nacimiento.
- 6) Finalmente, y aunque no agotamos las posibilidades, también sería interesante reflexionar sobre el lugar que ocupa la sexualidad en el proceso de rehabilitación de la drogadicción.

Sexualidad y consumo de drogas

La relación entre sexualidad y drogodependencia es muy difícil de precisar, principalmente porque la conducta sexual y la sexualidad pueden ser dimensiones muy significativas del consumo de drogas. Por otra parte, el tipo de droga consumida puede no sólo enmascarar sino también reforzar, reemplazar o incluso modificar la conducta sexual. Además, el estilo de vida asociado al consumo de sustancias puede llevar a la realización de un tipo de comportamientos sexuales particulares. Así pues, determinar factores de causa, de proceso o de consecuencia implica considerarlos a ambos, tanto por separado como conjuntamente.

Así, y si tenemos en cuenta la sustancia, entre otros, es importante considerar tanto el tipo de sustancia consumida como otras cuestiones como por ejemplo

la frecuencia de uso, la dosis, las expectativas ligadas a su consumo, las situaciones y circunstancias de consumo; en definitiva, elementos de tipo biopsicosocial que son muy importantes en sus efectos sobre la sexualidad ya que pueden actuar tanto como inhibidores o como facilitadores de la misma.

Siguiendo con esta reflexión, también es importante considerar las características de la persona consumidora de drogas, por ejemplo su edad, su estado de salud, su experiencia, eficacia y expectativas en relación a la sexualidad, y también en relación al tipo y contexto de la relación de pareja establecida.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que la mayoría de personas adictas a una sustancia lo son, en mayor o menor medida, también a otras ya que el policonsumo es una situación habitual en las personas adictas a drogas. De esta manera, aislar los efectos de una droga respecto a otras, no es una cuestión sin importancia.

En relación a lo comentado y teniendo en cuenta algunos resultados de la investigación llevada a cabo en relación, por ejemplo a las expectativas de eficacia sexual medida mediante parámetros fisiológicos y psicológicos, es frecuente que los resultados sean contradictorios. Al respecto, citar por ejemplo los trabajos llevados a cabo en relación a la marihuana, de la cual, entre otras virtudes respecto a la mejora de las relaciones sexuales, se dice que eleva el sentimiento, la conciencia y el apetito sexual (Gay et al., 1972; Goode, 1972); sin embargo, no parece existir evidencia de estos efectos cuando se analizan los resultados desde perspectivas de tipo fisiológico, sino más

bien al contrario, parece que podría jugar algún rol en algunas formas de impotencia e infertilidad (Cohen, 1974). No parece que sean las propiedades de la sustancia sino más bien otras cuestiones como por ejemplo, el tipo de marco social donde se consume la sustancia, la distorsión del sentido del tiempo, las cualidades desinhibitorias de la sustancia o, incluso, las expectativas sexuales ligadas a la sustancia, más que sus cualidades afrodisíacas. Así pues, no es posible separar lo biológico de lo psicológico y lo social, sin perder poder explicativo de las variables sometidas a consideración en estos ámbitos.

El posible "glamour y erotismo sexual" ligado al consumo de sustancias quizás podríamos atribuírselo a la heroína que como su nombre femenino indica, contiene el "culmen" de la relación sexual, el orgasmo, sin mediar relación de pareja alguna, excepto, la que puede atribuirse a la sustancia y al consumidor. La relación directa entre los opiáceos y el clímax sexual ha sido relatada por heroinómanos desintoxicados en situaciones experimentales de autoadministración intravenosa de heroína (Chessick, 1960).

Desde este punto de vista, no es difícil entender la pérdida de interés sexual de las personas adictas a heroína y no sólo por la posibilidad de experimentar un orgasmo de tipo farmacogénico sino también por los efectos que produce la sustancia en relación a la disminución de la activación general y, además, por el tipo de estilo de vida ligado a la adicción y que tiene que ver con la precariedad de la salud y de la actividad vital básica para acometer cualquier tipo de actividad. Así, la dedicación absoluta que requiere la

búsqueda de la sustancia sustituye cualquier interés posible en actividades placenteras que supongan intercambio sexual o de otro tipo.

En el caso de la sexualidad femenina, las dificultades aumentan, no sólo en relación a la ausencia de interés sexual, sino en el que se refiere a las consecuencias que puede tener para la mujer tanto la cuestión de los efectos desinhibidores del consumo de heroína, como la cuestión de la búsqueda de la droga.

Es frecuente que las mujeres heroínómanas, en mucha mayor medida que los hombres, utilicen la prostitución como vía para obtener los recursos económicos que les permitan financiar su consumo e incluso el de su pareja⁵, y es frecuente también que esta financiación se realice no sólo a través de dinero sino también a través de sustancias ya que, las personas que controlan el negocio de la prostitución y el negocio de la droga, a menudo coinciden. Al respecto de esta cuestión, en un estudio realizado en Miami por Inciardi y otros en 1991 (en Estébanez, Fitch y Nájera, 1993) con 100 adolescentes farmacodependientes (un tercio por vía inyectada), 87% de mujeres declararon haber practicado la prostitución el año anterior, en comparación con sólo el 5% de los 511 hombres incluidos en el estudio. De 30 mujeres que habían consumido crack, 90% habían tenido relaciones sexuales a cambio de la droga.

La promiscuidad sexual es frecuente en la mujer heroínómana como forma de financiación de su adicción y, asociada a la misma, también es frecuente encon-

trar diversos tipos de enfermedades de transmisión sexual, entre otras, las úlceras genitales y el virus de la inmunodeficiencia humana. Hay que tener en cuenta no sólo el número de intercambios sexuales de diverso tipo -es frecuente que los clientes también presenten enfermedades de transmisión sexual- que estas mujeres realizan al cabo del día, sino también las condiciones y lugares en los que realizan dichas prácticas. Así, tanto la "prisa" por conseguir el dinero en poco tiempo como los efectos inhibidores de la sustancia pueden menospreciar la importancia de utilizar preservativos y aumentar las ocasiones de realización de prácticas de mayor riesgo (coito anal sin protección, sexo oral, etc.) que incrementan el riesgo de contagio de enfermedades (Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Médicos del Mundo Baleares, 1996).

Por otra parte, también está la cuestión anteriormente comentada de que las mujeres heroínómanas tienen mayor frecuencia de parejas también adictas lo cual incrementa el riesgo de contagio de enfermedades tanto a través de la utilización de agujas y equipos como a través de las relaciones sexuales. Hay que tener en cuenta que, al margen de que estas mujeres utilicen o no preservativos en sus relaciones con los clientes -el porcentaje de utilización depende tanto del tipo de país analizado como del tipo de prostitución y del tipo de prácticas sexuales consideradas- la mayoría de ellas no utilizan preservativos con sus parejas sentimentales (Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Leopold y Steffan, 1996; Orte, March, Capllonch, 1997).

⁵ La mujer drogadicta tiene más parejas drogadictas -que el hombre drogadicto-, para las cuales muchas veces trabaja ejerciendo la prostitución como forma de financiar el consumo de ambos (Orte, March, Capllonch, 1997).

Así pues la sexualidad ligada a la adicción a drogas incluye diversos factores de riesgo, entre otros, el mismo consumo de drogas y el estilo de vida asociado al mismo, el comportamiento sexual, las enfermedades de transmisión sexual y la utilización o no de preservativos.

Otras sustancias que tradicionalmente también han sido relacionadas con la erótica sexual son los depresores del sistema nervioso central del tipo barbitúricos, benzodiazepinas y alcohol, la más popular de todas ellas, la más consumida y la más utilizada por los medios de comunicación social como reclamo erótico-sexual.

Al igual que hemos comentado para la marihuana, las creencias y las expectativas positivas que genera esta sustancia respecto a la mejora de las experiencias sexuales son compartidas por hombres y mujeres tanto alcohólicos (Smith y otros, 1984) como no alcohólicos (Freedman, 1967; Bowker, 1978). Sin embargo, otras cuestiones como por ejemplo las creencias y expectativas sobre los efectos positivos del alcohol sobre la sexualidad o incluso la reducción de la ansiedad y favorecimiento de la relajación muscular que forma parte de los efectos desinhibidores del alcohol, podría tener mayor importancia en el comportamiento sexual que los posibles efectos afrodisíacos atribuidos al mismo.

Como señala M. Torres (1991), y aún teniendo en cuenta que no se dispone de muchos conocimientos sobre la función sexual en la mujer alcohólica, se conocen algunos problemas debidos al consumo de alcohol, entre otros, la disminución de la libido y el deseo, de las secreciones vaginales, oligomenorrea, y

disminución del tamaño del ovario. Así pues la posible relación entre el aumento de la actividad y el deseo sexual atribuido al consumo de alcohol tendría más que ver con los efectos desinhibitorios del alcohol y con un tipo de personalidad relacionado con la impulsividad, el deseo de contravenir las normas y un tipo determinado de estilo de vida.

El alcoholismo enmascara muchas veces problemas de disfunción sexual. Los problemas de salud de diverso tipo que se asocian al alcoholismo no parece que favorezcan las relaciones sexuales positivas; al contrario, tanto las mujeres alcohólicas como las mujeres de alcohólicos se sienten más insatisfechas sexualmente que la población general. Al respecto, señalar el trabajo de Amaro, González y García (1997), que estudiaron el comportamiento sexual de 62 pacientes alcohólicos primarios de ambos sexos y sus parejas y en la que los resultados reflejaron una historia sexual previa al alcoholismo de acuerdo a patrones socio-culturales de normalidad, mientras que en las relaciones actuales destacó una conducta sexual anormal con escasa motivación, frecuencia, duración y efectividad del intercambio sexual, escasa satisfacción de la pareja y deficiencias de diverso tipo por debajo de la población general e incluso de la población psiquiátrica estudiada.

En general, se señala que el alcoholismo en la mujer no sólo está relacionado con problemas de tipo sexual en particular sino de tipo afectivo en general. El trastorno depresivo y el alcoholismo son dos trastornos que aparecen especialmente ligados en la mujer y que muchas veces están relacionados con las relaciones de

pareja. Así, cuanto mayores son los problemas con la pareja, mayores son también las posibilidades de recurrir al alcohol como forma de afrontar las dificultades. De esta manera, la relación entre dificultades afectivas y de afrontamiento de los problemas se encuentra muy frecuentemente asociada a la hipótesis de la automedicación o consumo de alcohol como forma de atenuar la angustia y la ansiedad no resuelta (Orte, March y Capllonch, 1997). Asimismo, la hipótesis de la automedicación también está presente en el consumo de sustancias con prescripción facultativa como las benzodiazepinas, tal como comentaremos más adelante.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la mujer tolera peor el consumo de alcohol que el hombre, y por tanto los trastornos físicos relacionados con el consumo que ésta realiza se presentan de forma precoz y son más importantes. Además, otras cuestiones relacionadas tanto con los efectos desinhibidores de la sustancia como con los estereotipos sociales, mucho más punitivos con la mujer alcohólica que con el hombre alcohólico, las señala como más promiscuas y más susceptibles a problemas de violencia, y abuso de algún tipo. Además, los efectos desinhibidores del alcohol podrían actuar

como factores de riesgo en lo que se refiere a la realización de relaciones sexuales no aceptadas socialmente, al consumo de otras sustancias de tipo psicoactivo, e incluso a la realización de prácticas sexuales poco seguras.

En lo que se refiere al consumo de sustancias del tipo antidepresivos, es importante tener en cuenta que estas sustancias son consumidas en mayor medida por las mujeres que por los hombres como nos indican algunos datos al respecto del PNSD⁶. Aunque no están consideradas como las drogas de preferencia entre la población que busca incrementar y mejorar su relación sexual, es evidente que sus funciones entre otras de alivio de la ansiedad y de mejora del sueño podrían potenciar las relaciones de intercambio, incluidas las sexuales. De todas maneras, lo que interesa destacar aquí respecto a estas sustancias y la sexualidad es, por un lado, lo que se refiere a los efectos secundarios de su consumo respecto a la sexualidad, y, por otro lado la cuestión que atañe tanto a los perfiles de consumidoras de estas sustancias, especialmente benzodiazepinas.

Así, y como señalan algunos autores (Sánchez, Borrás, Pérez 1990), es curioso que los efectos secundarios de la mayoría de fármacos estén muy estudiados a nivel de prácticamente todos los

⁶ Si bien en nuestro país no disponemos de muchos estudios epidemiológicos, la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas que llevó a cabo el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1995), nos indica, por ejemplo, que el consumo de somníferos, entre los hombres mayores de 44 años que declaran consumirlos, es, respecto a la mujer del mismo tramo de edad de un 5.3 % y un 10.8% respectivamente. En lo que respecta al consumo de tranquilizantes entre los hombres mayores de 44 años que declaran consumirlos, es, respecto a la mujer del mismo tramo de edad de 7.9% y 17% respectivamente.

Teniendo en cuenta la variable género, y a medida que aumenta la edad, el consumo de psicofármacos aumenta en la mujer respecto al hombre, incluso cuando se tiene en cuenta la variable consumo de medicamentos en población mayor de 65 años que, a pesar de que se eleva en los dos géneros, presenta una mayor elevación en las mujeres, así como también una mayor presencia de consumo de psicofármacos, principalmente benzodiazepinas.

sistemas y aparatos del organismo, eludiendo la investigación, sin embargo, los efectos farmacológicos de la respuesta sexual que, según estos autores, podrían entenderse como una intromisión en la intimidad. Especialmente ello es así en lo que se refiere a la sexualidad femenina, ya que las publicaciones sobre secundarismos sexuales se refieren básicamente a la sexualidad masculina que los autores atribuyen a "... la mayor dificultad de la mujer a realizar este tipo de consultas en relación a un fármaco, y también se debe a que los hombres, por el contrario, consultan con mucha rapidez al médico cuando su rol activo sexual se ve afectado (las mujeres, debido a su rol más pasivo, pueden abandonar el consumo del fármaco, usar lubricantes para sustituir su falta de lubricación o simular)".

Además, hay que tener en cuenta que la mujer en general y la mujer consumidora de tóxicos en particular, no sólo tiene una percepción más negativa de su salud (Orte, March y Capllonch, 1997), sino también más facilidad para somatizar diversos problemas que le acontecen -incluidos los problemas relacionados con su pareja- y que resuelve en muchas ocasiones utilizando tranquilizantes y somníferos en mucha mayor medida que los hombres, especialmente a partir de la cuarta década de la vida.

Al respecto de esta cuestión, destacar el estudio sobre consumo de benzodiazepinas, realizado en una población de mujeres de un Centro de Salud Mental de Cádiz⁷ en el que a partir del análisis de 50 historias clínicas, se señala que, revisando variables de tipo sociocultural, familiar, sintomatología, pautas de consumo, etc., de estas pacientes, se observó un bajo nivel sociocultural, escasas relaciones sociales, estructuras familiares conflictivas o desestructuradas, antecedentes de alcoholismo o de problemas psiquiátricos en la familia, problemas conyugales, dependencia afectiva, baja autoestima, problemas sexuales, estrés psicosocial elevado, e interrupción brusca del consumo de benzodiazepinas por iniciativa propia con síndrome de abstinencia consecuente.

Las conclusiones a las que llega la autora del estudio, tras una exhaustiva revisión de los historiales, son que la mejoría de estas pacientes está más relacionada con circunstancias ambientales que con el consumo de estos fármacos.

Así, la mujer es una gran consumidora de fármacos de tipo antidepresivo, algunos de los cuales probablemente están relacionadas con sus dificultades de relación incluidas las sexuales, que, no mejorarán con el empleo de antidepresivos⁸

⁷ Rivas, M.D. (1990). Análisis de diversos factores comunes, en un grupo de mujeres consumidoras de benzodiazepinas. (Centro de Salud Mental de Cádiz). *Informe no publicado*.

⁸ Aunque el empleo racional y pautado de antidepresivos mejora en general los trastornos sexuales de las personas deprimidas, el desconocimiento de los efectos secundarios podría agravar su estado. El consumo de antidepresivos suele asociarse a pérdida del interés sexual (Sánchez, Borrás, Pérez 1990). También hay que tener en cuenta las limitaciones de los servicios de atención primaria para realizar el seguimiento de este tipo de prescripciones, no sólo en lo que se refiere a la revisión y en la adecuación de las dosis, sino también en lo que se refiere a la "confianza" que se puede establecer con la paciente para poder conocer los problemas secundarios que pueden presentarse debidos al consumo de estos fármacos, especialmente los que se refieren a la vida sexual.

De acuerdo con lo dicho hasta aquí, no parece que el consumo de alcohol sea una buena solución para mejorar las relaciones sexuales en el sentido popularmente compartido, como tampoco lo es el consumo de sustancias con funciones antidepresivas, o el de estimulantes del tipo cocaína, anfetaminas, o drogas de síntesis, cuyo consumo se ha elevado en los últimos años.

La cocaína, y las anfetaminas por ejemplo, son conocidas por sus cualidades afrodisíacas de estimulación rápida, muy parecida a la respuesta orgásmica. La sustancia, a menudo, produce un aumento en la intensidad de la ejecución sexual y una prolongación de la interacción sexual. Sin embargo, el uso crónico está asociado con consecuencias negativas de diverso tipo a nivel sexual incluyendo disminución de la libido y dificultades en la eyacuación.

De todas formas, y teniendo en cuenta no sólo los efectos desinhibidores de estas sustancias sino también la mayor utilización que hacen los usuarios de otras sustancias combinadas con ésta, así como su alto potencial adictivo, es frecuente, especialmente en las mujeres, la realización de actividades de prostitución para conseguir el dinero de una forma rápida.

En realidad, y al igual que comentábamos para el caso de la heroína, los problemas sexuales asociados al consumo crónico de cocaína son muy parecidos a los que presentan las personas adictas a heroína en lo que se refiere a promiscuidad⁹, prácticas sexuales de riesgo, mayor riesgo de contagio de enfermedades, mayores posibilidades de sufrir abuso y violencia, mayor victimización, etc.

Finalmente, y en lo que se refiere a las drogas de síntesis como por ejemplo la MDMA, MDA y DOM¹⁰, bautizadas como "drogas del amor" muy probablemente por los efectos que producen de tipo eufórico y de intensa emotividad y de mayor facilidad para el contacto interpersonal. Se trata de sustancias que parece que favorecen una mayor receptividad hacia los aspectos sensuales de la relación sexual. Sin embargo, y de acuerdo con Delgado y Garrido-Lestache, 1995 (en Blanco y otros, 1997) dificultan el alcance del orgasmo, especialmente en los varones. Asimismo, los supuestos efectos afrodisíacos de estas sustancias no tienen fundamento, ya que los estudios experimentales demuestran que no aumentan la actividad ni la iniciativa, dificultan la erección y producen un retardo en la eyacuación (Llopis Llácer et al., 1994, en Blanco y otros, 1997).

⁹ En general suele citarse en la literatura una mayor realización -probablemente por el mayor deseo sexual que parece experimentarse tras la ingesta de sustancias estimulantes del tipo cocaína y anfetaminas- de actividades promiscuas no sólo en lo que se refiere al número de compañeros sexuales sino en lo que se refiere a la realización de prácticas sexuales de mayor riesgo como el coito anal y oral. Al respecto, citar por ejemplo las llamadas "casas de crack" en las cuales no sólo se vende esta sustancia sino que también se puede conseguir sexo -oral, principalmente-, y donde existe mayor ligazón entre sexo y droga. En estos casos y "casas", las mujeres que practican el sexo oral son a su vez adictas al crack y las lesiones que pueden presentar en la boca debida a la propia adicción a la pipa de crack contribuye a una mayor exposición y diseminación de enfermedades como el SIDA.

¹⁰ Se trata de drogas psicoactivas de origen sintético. Pertenecen al grupo de las Feniletilaminas: MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), también conocida como Éxtasis, Adam, M & M; MDA (3,4-metilendioxianfetamina) también conocida como droga del amor; DOM (4-metil-2,5dimetoxifenilamfetamina), también conocida como STP (Serenidad, Tranquilidad y Paz) (Lorenzo, 1997).

A pesar de lo anterior, y al igual que sucede en los trabajos realizados con consumidores de otras sustancias antes comentados, los usuarios de estas sustancias suelen atribuirles propiedades afrodisíacas. Así, y aún tomando en consideración la cuestión de que la mayoría de los estudios realizados sobre consumidores de drogas de síntesis se han realizado con diversas técnicas de autoinforme en la que prevalecen los contenidos perceptivos, es importante tener en cuenta algunas cuestiones comentadas al principio de este artículo en lo que se refiere a la información de esta naturaleza, que podría deberse entre otros, tanto a los efectos experimentados en una situación de consumo determinada como a las creencias y expectativas compartidas por un grupo de personas determinado, como a un rasgo de personalidad característico de este grupo de población¹¹.

De todas formas, y en relación a las diferencias respecto al género, los efectos atribuidos a estas sustancias por hombres y mujeres parece que están más relacionados con los estereotipos sociales que con diferencias de otro tipo. Así, son los usuarios de drogas de síntesis varones los que principalmente les atribuyen cualidades afrodisíacas, respecto a las mujeres que suelen atribuirles cualidades más relacionadas con el incremento de la aceptación del otro y la ternura. Al respecto, Roldán y Gamella (1997), a partir de los resultados obtenidos en una investigación con técnicas de entrevista sobre una muestra intencional de 418 usuarios de éxtasis señalan que "*Mientras en nuestra*

cultura el incremento de la libido es valorado de manera positiva entre los varones y puede ser un elemento de prestigio dentro del grupo de iguales, con las mujeres sucede lo contrario: una mujer que se excita sexualmente ingiriendo una pastilla es considerada de manera negativa, tanto por el resto de las mujeres como por los varones" (pág. 146)

Así, y de acuerdo con lo que señalan los autores de este estudio, los resultados respecto a la mejora sexual atribuibles a estas sustancias muestran su dependencia de las expectativas individuales y sociales de los usuarios, incluyendo las diferencias observadas respecto al género, que también tendrían que ver con la valoración positiva de los efectos positivos de la experiencia sexual sobre los inconvenientes en relación con la erección o el alcance del orgasmo comentados anteriormente.

Etiquetamiento social y drogodependencia

El segundo aspecto que merece una reflexión en relación a la sexualidad de la mujer, respecto al hombre drogodependiente, se refiere a sus limitadas posibilidades de elección de pareja, que la llevan a elegir, en una proporción superior al hombre, parejas de su entorno inmediato también drogodependientes. Ello, que en principio puede deberse a cuestiones relacionadas con determinados estilos de vida compartidos entre personas y grupos determinados que influirían sobre las posibilidades de relación, como en cualquier otro grupo social, también está rela-

¹¹ En los estudios recogidos por Blanco y otros (1997), destacan los valores superiores, a los valores normativos medios para la población general, en diferentes pruebas aplicadas relacionadas con la búsqueda de sensaciones, emociones y aventuras, experiencias, desinhibición, y susceptibilidad hacia el aburrimiento de los consumidores estudiados (Blanco y otros, 1997).

cionado con el estigma social¹², mucho más punitivo, con la mujer drogodependiente que asocia la drogodependencia de la mujer con enfermedades de diverso tipo, conductas desviadas en general y conductas especialmente sancionadas como la prostitución. Dicha percepción, social y personal, afecta principalmente a la mujer e influye en la resolución de su situación de drogodependencia en muy diversos ámbitos.

Así, la cuestión de la elección de pareja adquiere gran importancia en el caso de la mujer drogodependiente debido principalmente a que ello tiene consecuencias importantes sobre su superación de la dependencia, tanto en lo que se refiere a su motivación para abandonar el consumo como en relación con las recaídas durante el proceso de abandono de la dependencia y, en definitiva sobre sus posibilidades de rehabilitación.

De acuerdo con los resultados de la investigación llevada a cabo por Orte, March y Capllonch (1997), la mujer drogodependiente presenta unas características diferenciales, respecto al hombre en muy diversos ámbitos que la hacen especialmente vulnerable y dependiente respecto a su pareja. Así, y a pesar de que las relaciones con su pareja suelen ser abusivas y destructivas desde muchos puntos de vista, la dependencia de la mujer de su pareja es una constante que aparece clara para las afectadas, especial-

mente cuando realizan el proceso de superación de su dependencia (Duckert, 1987).

Esta dependencia de su pareja incluye aspectos diferentes que de forma esquemática centraremos en dos momentos: 1) la situación de drogodependencia en fase activa. 2) La situación de desvinculación del tóxico.

1) La relación de la mujer drogodependiente con una o varias personas drogodependientes a lo largo de su trayectoria de consumo tiene importancia principalmente en lo que se refiere a la motivación para abandonar el consumo ya que ello supone también disponer de motivación suficiente o bien para "convencer" al compañero, o bien para abandonarlo y llevar a cabo una opción personal. Hay que tener en cuenta que la drogodependencia compartida, especialmente en el caso de la mujer, supone también una forma de vida en la que ella tiene un papel muy activo en la obtención del dinero para adquirir la sustancia mediante el ejercicio de la prostitución¹³ o el narcotráfico, y un papel más pasivo en lo que se refiere a la obtención de la sustancia o incluso en lo que se refiere a su consumo. Es el compañero, en mayor medida, el que suele ocuparse del suministro de la sustancia y del equipo de inyección (Orte, March, Capllonch, 1997). Al respecto de esta

¹² Véase en las referencias, para una profundización sobre esta cuestión en relación al alcoholismo femenino, los trabajos de Blume, 1982; Mandel y North, 1982; Sandmaier, 1980; Babcock y Connor, 1981.

¹³ Del total de las 5.308 mujeres atendidas en la Unidad Móvil de Médicos del Mundo en 1996, que ejercen la prostitución, 3.359 son usuarias de drogas (heroína, cocaína, speedball) por vía inyectada. La práctica totalidad de las personas atendidas por esta Unidad que ejercen la prostitución son mujeres (94% mujeres, 5,2% hombres).

cuestión, señalar que los usuarios de drogas por vía parenteral que realizan intercambio de jeringuillas (Médicos del Mundo Baleares, 1996) son fundamentalmente hombres en una proporción muy elevada respecto a las mujeres (88,5% frente a 11,5%).

Así, las relaciones de la mujer toxicómana con el exterior son muy limitadas y están muy condicionadas por su pareja. Ello quizás explique su menor visibilidad externa y muy probablemente otras situaciones como su mayor frecuencia a compartir equipos con su pareja, no utilizar preservativos en sus relaciones sexuales de pareja y otras situaciones como por ejemplo una mayor frecuencia a padecer malos tratos, mayor frecuencia de emparejamientos fallidos (incluido el divorcio, la separación y la muerte del compañero), mayores problemas de salud explicables no sólo por el consumo de drogas o el ejercicio de la prostitución sino también por sus condiciones de vida y la mayor presencia de nacimientos, abortos y partos prematuros. Así, la mujer toxicómana se encuentra en una situación muy precaria en muy diversos ordenes que van a dificultar sus posibilidades de plantearse el abandono de la drogodependencia.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que su relación con el compañero es muchas veces su única vinculación ya que la mujer drogodependiente presenta mayor rechazo familiar, mayores situaciones de desestructuración familiar (incluido el alcoholismo y otras drogodependencias), y mayor presencia de trastornos afectivos y codependencia afectiva. En esta situación, tampoco el hecho de tener hijos puede servir de motivación suficiente (aunque puede serlo

en algunos casos) ya que la mayoría de las veces estos han pasado a ser tutelados por otras personas. Abundando en lo anterior, y como resultado de las condiciones existentes previamente, la depresión y la ansiedad crónicas que padece, además de otros problemas sociales como la pobreza, la falta de hogar, su involucración en relaciones abusivas y el mismo consumo de drogas dificultan sus posibilidades de afrontar el proceso de desvinculación de la droga.

2) En lo que se refiere a la desvinculación de la droga, y teniendo en cuenta los problemas acumulados, el esfuerzo que debe realizar es de una gran intensidad y dificultad teniendo en cuenta, además, que apenas existen servicios específicos para la mujer, tanto si ésta tiene hijos o no, y que el tipo de terapias y grupos de apoyo que suelen llevarse a cabo, tanto en tratamientos libres de drogas como en tratamientos de mantenimiento con metadona u otras sustancias no contemplan buena parte de los problemas comentados.

Así, los problemas a los que la mujer debe enfrentarse con escaso apoyo social, tienen que ver con sus mayores problemas de salud, la mayor presencia de trastornos afectivos, sentimientos de culpa asociados (tanto a su estilo de vida como en relación a la salud de sus hijos - tanto si están con ella como si están bajo la tutela de otras personas), problemas de rechazo social y de mayor aislamiento social, problemas con su pareja, problemas de autoestima y autorespeto debido a su estilo de vida anterior, mayor responsabilidad (especialmente si tiene hijos a su cargo) y mayor estigma social.

De todas maneras, y a pesar de que la pareja y/o la familia juega un papel de apoyo social muchas veces determinante en el proceso de desvinculación y rehabilitación de la drogodependencia, mucho más precario en la mujer drogodependiente, y a pesar de lo anteriormente comentado, la mujer tiene, respecto al hombre, mejores hábitos higiénicos y menores conflictos de convivencia y agresividad. Además, tanto el embarazo (que constituye un factor de cambio, y ayuda a mantener la abstinencia) como el tener hijos (que constituye un factor motivador del tratamiento, y también por el miedo a perder su custodia) influyen en el tratamiento si bien no de forma determinante.

Así pues, es evidente que el tratamiento de las mujeres drogodependientes debe mejorarse, especializarse y acercarse a su lugar de vida, sobre todo teniendo en cuenta que determinados servicios y programas dirigidos especialmente a mujeres drogodependientes han demostrado su eficacia. Así por ejemplo, los resultados de un programa de metadona llevado a cabo en Alemania para mujeres drogadictas (Zenker, 1995) que ejercían la prostitución, demostró que, después de siete meses de tratamiento tanto la prostitución como las conductas criminales de-

crecieron, mejorando tanto la situación de salud como otras cuestiones como por ejemplo la vivienda. Como sugiere la autora del estudio, los programas de metadona podrían ser la puerta de entrada de este colectivo, además de incluir otras medidas de apoyo como la ayuda médica, el apoyo psicológico, la ayuda legal, ayudas para vivienda, y psicoterapia, entre otras.

Los trabajos realizados por Estébanez Fitch y Nájera (1993) y por Leopold y Steffan (1996) con mujeres adictas a drogas que ejercen la prostitución, inciden en la importancia de adecuar los recursos (facilitar el asociacionismo, asesoramiento legal, ayudas de vivienda, etc.) a la situación de estas mujeres¹⁴ en su propio medio, con expectativas de acceso a esta población del 87%.

Otras posibilidades incluyen la creación de centros de tratamiento residencial dirigidos a mujeres embarazadas y a sus hijos recién nacidos (Setreus, 1987) o incluso centros de familia dirigidos a la mujer drogodependiente durante el embarazo y el parto, así como la posibilidad de proporcionar seguimiento y ayudas específicas al recién nacido durante un tiempo determinado (algunos programas como el del Family Centre de Copenhague

¹⁴ De acuerdo con los datos de la unidad móvil de Médicos del Mundo Baleares (1996), el perfil de las mujeres, trabajadoras sexuales que ejercen en la calle son los siguientes: la edad de las personas que ejercen la prostitución se concentra mayoritariamente en el tramo que abarca entre los 16 y los 30 años (64% del total), son mayoritariamente mujeres (94,8%), tienen estudios primarios o de enseñanzas medias el 74%, viven en situación precaria un 20% (en la calle, en un albergue o en una pensión), han estado embarazadas en alguna ocasión más del 70%, tienen uno o más hijos el 56,5%, han realizado interrupciones del embarazo una o más veces el 30%, consumen drogas el 50%, utilizan la vía parenteral de forma preferente como vía de administración (80%), tienen dificultades para conseguir que los clientes utilicen preservativos (92%), carecen de cobertura sanitaria el 20%, se declaran portadoras de VIH un 23%, el 43,6% se declara portadora del virus de la hepatitis sin especificar tipo, el 36% refiere ser portadora de alguna ETS, y más del 20% declara haber empezado a prostituirse con menos de 18 años.

realizan el seguimiento hasta los 6 años) (Olofsson, 1997), contando con el apoyo de los servicios sociales, los servicios de salud y los servicios de protección infantil.

La necesidad de apoyo social que la mujer no encuentra en su pareja o en su familia, así como los problemas a los que debe enfrentarse, implican la necesidad de adecuar los servicios y programas a las peculiaridades de la mujer drogodependiente que le permitan, además, mejorar sus habilidades de afrontamiento.

Sexualidad, abuso sexual y consumo de drogas

Aunque el abuso sexual en sus diversas formas, incesto, vejación, violación y otras formas de abuso ocurre tanto en hombres como en mujeres, la incidencia y prevalencia de los abusos sexuales es mayor en las mujeres. En lo que se refiere por ejemplo a la incidencia del abuso sexual infantil, los datos varían desde un 1,1% en la investigación epidemiológica realizada por de Paul en 1995 (en Canton y Cortes, 1997) en Guipúzcoa utilizando los expedientes abiertos por el Departamento de Bienestar Social entre marzo y mayo de 1989 y un 1,8% del total de casos detectados por profesionales como pediatras, profesores trabajadores sociales. Por su parte, Saldaña, Jimenez y Oliva, 1995 (en Canton y Cortes, 1997), realizaron un estudio a nivel nacional utilizando los expedientes abiertos por los servicios de protección infantil entre 1991-1992. Los investigadores señalaron un 4,2% de todos los casos de niños maltratados, más frecuente entre las niñas, incrementándose la frecuencia de los abusos con la edad de

los niños. En lo que respecta a la prevalencia del abuso sexual, un balance de las diecinueve investigaciones mejor planteadas en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra considera que aproximadamente un 20% de las mujeres (con una variabilidad entre el 6 y el 62% según la fuente de investigación citada) y un 10% de los hombres, entre el 3 y el 31%, dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia antes de los 16 o 17 años. En España, en un estudio realizado con una muestra representativa de 2.000 sujetos entrevistados de edades comprendidas entre 18 y 60 años estratificados por sexo, grupos de edad y autonomías encontraron una prevalencia del 19% (15% varones y 23% mujeres) López, F. (1997).

Aunque los efectos del abuso sexual infantil pueden darse durante todo el período infantil y tener unas características propias dependiendo de la etapa específica de desarrollo, y aunque la gravedad de las consecuencias también está relacionada con otros factores como la duración y frecuencia del acto abusivo, el tipo de relación con el agresor, el tipo de abuso sexual padecido, la edad de la víctima cuando ocurrió el acto abusivo y otros parámetros como la reacción de la familia ante la revelación del acto abusivo y el apoyo con el que cuente la víctima, en general, los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a corto y largo plazo en la mujer, incluyen conductas de aislamiento, baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, tendencia al consumo de alcohol y drogas, tendencia al suicidio y a la automutilación, promiscuidad sexual y

riesgo de prostitución, embarazo¹⁵, problemas de identidad sexual, desórdenes múltiples de personalidad y desórdenes en la alimentación (anorexia-bulimia); conductas antisociales y riesgo de nuevos abusos sexuales, sentimientos de aislamiento y estigmatización (Bendixen, Muus y Schei 1994; Vázquez, B. 1995; López, 1995; Cantón y Cortés 1997). El abuso sexual a la mujer, presenta unas características especiales que nos pueden explicar la dimensión del daño producido.

Así pues, las niñas mayoritariamente son víctimas de abusos intrafamiliares (los niños lo son de abusos extrafamiliares) Finkelhor (1990). Las experiencias de abuso sexual en la mujer, son consideradas muy traumáticas porque el perpetrador suele ser el padre o el padrastro (Herman, Rusell y Trocki, 1986), y ello tiene como consecuencia un mayor sentimiento de traición y de pérdida de confianza, mayores trastornos familiares, menor apoyo emocional (miedo a la desintegración familiar, miedo a no ser creídas) y una mayor probabilidad de que se produzca con mayor frecuencia y durante más tiempo, que el abuso ejercido por cualquier otro familiar o extraños.

De acuerdo con lo anterior, los investigadores señalan dos factores que es probable que se produzcan durante la niñez de las víctimas de incesto: a) la ausencia de disponibilidad de la madre debido a incapacitación de diverso tipo, muerte o deserción y b) el rol inadecuado de la víctima como esposa-madre

(Gordon, 1986). Un tercer factor, el más importante, se refiere a la experiencia de incesto en sí misma, ya que la víctima de incesto esta sujeta a una relación continua de abuso con su padre biológico o adoptivo, o bien de otro adulto familiar masculino, que ejerce las funciones de padre o tutor, cuando ésta tiene entre 8-12 años (Finkelhor, 1984). El impacto de estos tres factores puede explicar los sentimientos y consecuencias de la indefensión que la víctima manifiesta en la niñez y los que experimentará en la adolescencia.

Centrándonos en algunas de las consecuencias comentadas, algunos estudios (Wallen, 1992, en Kandall, 1996), han confirmado el impacto negativo de la violencia sexual en la drogadicción de las mujeres. Los resultados de un estudio realizado en 1989 con 229 usuarios de un programa de tratamiento residencial en Maryland, 20% de los cuales eran mujeres, señalaron mayor probabilidad de historias de abuso sexual en la niñez y en la adultez, intentos de suicidio y distrés emocional agudo.

Por su parte, el National Victim Center (1992) (en Kandall, 1996), señaló una fuerte asociación entre la violencia sexual y el abuso de drogas, indicando asimismo que entre las mujeres que habían sido víctimas de violación, era cinco veces más probable que hubieran abusado de drogas con prescripción terapéutica y entre tres y diez veces más probable que hubieran abusado de otras drogas como marihuana, cocaína y otras de similar

¹⁵ Véase al respecto Casas, J. (1997). Embarazo en la adolescencia. En, J. Casado J.A. Díaz y C. Martínez, (Dir.). *Niños maltratados*. (págs. 249-255). Madrid: Díaz de Santos. El autor, citando literatura anglosajona sobre esta cuestión, indica un porcentaje elevado de abuso sexual en la infancia entre las adolescentes embarazadas (70% en la raza blanca, 42% en la raza negra, 37% de origen hispano).

potencia. Para los autores del informe, tales resultados estarían relacionados, tanto con el trauma de la agresión sexual recibida, como con el tipo de ambientes de las víctimas en los que las conductas de violación son más probables.

Las conclusiones de otros estudios también confirman la existencia de una relación entre el abuso sexual infantil y el consumo de drogas y/o alcohol durante la etapa adulta. Así, la investigación realizada por Briere y Runtz (1988) con una muestra clínica, demostraron que las víctimas de abuso sexual infantil informaban con más frecuencia que el grupo de control de problemas de adicción a las drogas (20,9% versus 2,3%) y de alcoholismo (26,9% versus 10,5%). Otros autores que han analizado esta cuestión en usuarias de programas de mantenimiento con metadona (que ejercían o habían ejercido la prostitución) señalan unos porcentajes del 58,3%, sobre la totalidad de mujeres encuestadas, que habían experimentado violencia física en la niñez y/o adolescencia, y un 37,5% de éstas abuso sexual (Zenker, 1995). Otros autores apuntan en la misma dirección, por ejemplo, Taboada y Duckert (1987)¹⁶. Los estudios con muestras no clínicas han llegado a resultados similares (Peters, 1988; Stein et al. 1988).

No sólo el consumo de drogas, también las disfunciones sexuales se citan como antecedentes y consecuentes de haber padecido abusos sexuales de diverso tipo en la niñez y en la adolescencia. Así, por ejemplo, la incidencia del incesto en la niñez entre mujeres alcohólicas es

significativamente más elevada que en la población general (Covignon, 1982 y Kovach, 1986 (en Hurley, 1991)); además, y comparando diferentes dimensiones del abuso sexual padecido tanto por mujeres alcohólicas como no alcohólicas suele citarse que, en las primeras, éstos aparecen más pronto (a los cinco años de edad o menos), tienen mayor duración (más de diez años) y no informan a nadie de lo sucedido (Schaefer et al. 1985, en Hurley, 1991).

Así, el alcoholismo y las disfunciones sexuales también pueden ser consecuencia de haber padecido alguna forma de abuso sexual como incesto o violación (Wilsnack, 1984). De todas maneras, y aunque el haber sufrido incesto está relacionado con el consumo de drogas, no todas las víctimas del mismo las consumen. Así por ejemplo, Hurley (1991), realizó una revisión sobre varios estudios que se ocupan de esta cuestión indicando que, las principales diferencias entre las mujeres víctimas de incesto alcohólicas y no alcohólicas, son para las primeras, las malas relaciones entre los padres, mayores dificultades sexuales, sentimientos de culpabilidad e inicio del alcohol a edad muy temprana. De acuerdo con este autor, las altas proporciones de disfunciones sexuales, el consumo de alcohol precoz y el estrés postraumático serían tres áreas relacionadas que influirían tanto sobre los efectos percibidos del alcohol como sobre los motivos para beber. Así pues, las mujeres que habían padecido incesto y habían desarrollado alcoholismo lo harían como forma de automedicación.

¹⁶ Como puede extraerse de las conclusiones del: Women and Drugs. Working Group Meeting Strasbourg, 18-20 March 1987 Draft Report. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group). Documento multicopiado.

En el trabajo realizado por Hurley (1991) ya comentado, se señala que la mujer alcohólica que además ha sufrido incesto, el poder del estigma puede estar magnificado, incrementando la probabilidad de que su alcoholismo no sea diagnosticado y tratado.

En cualquier caso, y debido al secretismo que rodea al incesto, su magnitud también podría estar infraestimada y formar parte de un conglomerado de disfunciones familiares: alcoholismo en uno o ambos padres, trastornos psicopatológicos, desorganización familiar, dificultades en el establecimiento de los roles, etc., y ello muy probablemente tendría que ver con la detección del mismo, así como con la detección de los problemas posteriores como el alcoholismo.

En cualquier caso, el consumo de drogas y alcohol podría ejercer su función como antecedente y como consecuente de victimización. Como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar las señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso, teniendo en cuenta la situación de debilidad personal y relacional creada a partir de la situación de abuso inicial (Finkelhor, 1993). Como consecuente, los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma que llevaría a la víctima a relacionarse con grupos marginales.

Género y drogas: la especificidad del consumo

Aunque de forma general el consumo de drogas es, con algunas excepciones un asunto masculino, debemos matizar esta cuestión desde varios puntos de vista: así, habrá que tener en cuenta el tipo de drogas al que nos refiramos, ya que, como comentaremos seguidamente, algunas son de consumo mayoritario entre las mujeres, y otras lo son de los hombres; también podríamos matizar la afirmación inicial en lo que se refiere a la relación entre tolerancia social respecto al consumo de drogas femenino de un determinado país, o incluso de una región determinada, y relacionarlo con el consumo que, de una sustancia o de un grupo de sustancias concreto realizan hombres y mujeres; otra cuestión que también hay que tener en cuenta se refiere a los patrones de consumo de cada droga, ya que, aunque podemos encontrar un consumo mayoritario de una droga concreta en la mujer o en el hombre, podemos también encontrar patrones de consumo diferenciales según el género; el grupo generacional también es importante tomarlo en consideración porque las constantes que podemos observar, no sólo en lo que al consumo determinado de una droga se refiere, sino también a las expectativas y formas de consumo utilizadas por un grupo concreto de edad, pueden ser muy diferentes en otro grupo de edad, incluso dentro de un mismo grupo de hombres o de mujeres. Aunque no agotamos las posibilidades, también es importante comparar las diferencias de consumo según el género a partir de muestras de distinta procedencia (población general, población clínica, etc., e incluso, tener en cuenta el grupo de edad al que nos refiramos desde varias perspectivas

de análisis de grupo (longitudinal y transversal, por ejemplo). Otras cuestiones que también nos aportarían mucha información a la hora de discriminar sobre la especificidad del género en relación a la adicción a determinadas drogas se refieren tanto a la vía de obtención de las sustancias (por ejemplo, mercado negro, dispensación de sustancias concretas en consultas médicas, etc.) como a la disponibilidad de servicios de atención a drogadictos-as de libre acceso para hombres y mujeres de acuerdo a la especificidad de los problemas presentados.

Dado que el interés por el consumo de drogas en la mujer es más bien reciente, no podemos responder a la mayoría de cuestiones planteadas. Necesitaríamos disponer, por lo menos, de metodologías de análisis contrastadas y comunes en diferentes zonas y países que permitieran responder de una forma más ajustada a buena parte de estas cuestiones. Así pues, la información de que disponemos (tanto en España como en otros países) es más bien aproximativa, tiene su origen en datos de muy diversa procedencia y por tanto sólo podemos responder parcialmente a algunas cuestiones relativas a la especificidad del género y el consumo de sustancias, de acuerdo a la revisión realizada por Orte, March y Capllonch (1997) sobre esta cuestión.

El perfil diferencial del consumo de drogas teniendo en cuenta el tipo de droga de consumo y teniendo en cuenta el grupo de edad presenta las siguientes características: en la mujer joven -a partir de la adolescencia- su consumo se caracteriza por una mayor frecuencia de consumidoras y mayores cantidades consumidas en fin de semana en lugares de esparcimiento juvenil; importancia del consumo de

tabaco -en el que destaca especialmente respecto al hombre, tanto en una edad de inicio más precoz como en la frecuencia de consumidoras- y de alcohol -cuyo aumento de frecuencia en fin de semana es superior al del hombre-; menor consumo de drogas ilegales; mayor frecuencia de consumidoras y mayores cantidades consumidas de psicofármacos, principalmente benzodiazepinas-. Se constata una tendencia a un proceso de igualación con el hombre, con todas las consecuencias que ello tiene no sólo desde el punto de vista profesional y social, sino también desde el punto de vista biológico, teniendo en cuenta su mayor vulnerabilidad. Además hay que tener en cuenta que la mujer joven -y a pesar de que la edad de procreación ha aumentado en los últimos años- está en una situación en la que se combinan el hecho de poder ser madre, el consumo de anticonceptivos, el aumento de las relaciones sexuales, etc., elementos todos ellos que, combinados con el consumo de drogas, pueden agravar su situación como consumidora.

El perfil de la mujer adicta fundamentalmente a heroína/politoxicomanías: a) su representación numérica es muy inferior a la del hombre, en torno a 2-8; b) se inició en el consumo de heroína antes que el hombre; c) demanda tratamiento antes que el hombre y presenta un tiempo de espera de demanda menor también que en el hombre; c) presenta una codependencia a su pareja que influye en su adicción, incluso en el uso de la jeringuilla y en el suministro de la sustancia; d) utiliza la prostitución como mecanismo de obtención de recursos económicos en mayor medida que el hombre; e) presenta por tanto mayores problemas en el ámbito de los delitos contra la salud pública y meno-

res contra la propiedad y las personas; f) tiene mayor incidencia de emparejamientos con adictos mientras que los hombres se emparejan menos y, cuando lo hacen, su pareja no presenta tanta incidencia de adicción ni de problemáticas asociadas; g) tienen hijos en mayor proporción que los hombres -y este puede ser un factor importante en la motivación y la retención en el tratamiento-; h) presenta mayor psicopatología, principalmente trastornos afectivos; i) presenta una percepción de su salud física y psicológica mucho peor que el hombre; j) realiza más intentos de desenganche de su adicción; k) tiene mayores problemas de reinserción debido tanto a su propia problemática como en relación a su situación profesional-laboral; l) presenta mayores problemas que el hombre en su estigmatización social.

El perfil de la mujer adicta fundamentalmente a alcohol se caracteriza por lo siguiente: a) menor frecuencia de adictas a alcohol en la mujer que en el hombre; b) edad de inicio de consumo más tardía, -si bien con tendencia a la igualación con el hombre en las mujeres jóvenes-; c) mayor ocultación del consumo que los hombres -si bien con tendencia a la igualación con el hombre en las mujeres jóvenes-; d) grupos de mayor riesgo: mujeres solteras de mayor nivel económico cultural y profesional -excepto en las mayores de 45 años; e) mayor tasa de trastornos psicopatológicos, principalmente trastornos afectivos -anteriores y posteriores al tratamiento; f) soledad y vacío afectivo citados mayormente como antecedentes y consecuentes al inicio, mantenimiento y recaída en el consumo en la mujer que en hombre; g) codependencia afectiva ligada al consumo mayor en la mujer que

en el hombre; h) menor apoyo social en el tratamiento -especialmente en las más mayores-; i) mayor frecuencia y gravedad de trastornos físicos y mentales.

También hay que reseñar el perfil diferenciado entre hombres y mujeres en relación al consumo de psicofármacos. El consumo de psicofármacos en la mujer es mayor al del hombre en todos los tramos de edad, en población general -joven o adulta-; en población escolar, y en población clínica -joven o adulta-.

Finalmente, y a pesar de la escasa, casi nula incidencia de la investigación sobre el consumo de drogas -básicamente tabaco, alcohol y medicamentos- en la tercera edad, destacar algunas cuestiones: se trata de un grupo que, de forma general, presenta un consumo medio diario de medicamentos por persona -entre 1,5 y más de 2,5-, combinado con el consumo de tabaco y alcohol, y a pesar de que el consumo de dichas sustancias disminuye a medida que nos acercamos a este tramo de edad, resulta obvio que dicho grupo debe considerarse como de riesgo, especialmente en el caso de las mujeres, que, de nuevo, consume fundamentalmente mayor cantidad de sustancias psicoactivas.

Drogodependencia, embarazo y sexualidad

A pesar del tiempo transcurrido desde que empezó la epidemia de abuso de drogas en la mayoría de países, el conocimiento y la atención específica del colectivo de mujeres drogodependientes tiene una corta historia que podríamos decir que empieza a alcanzar mayor interés con el desarrollo, conocimiento y diseminación del SIDA. Ello llama la atención especialmente porque una parte de la po-

blación total de drogadictos son mujeres, y en edad de tener hijos.

Aunque los datos de que disponemos en lo que se refiere al número de mujeres drogadictas es aproximativo, se cita en Europa en torno a un tercio de mujeres del total de personas drogadictas que realizan demandas de tratamiento por primera vez (EMCDDA, 1996), de edades comprendidas entre 20-30 años. Otros trabajos (Steffan, 1997) citan en torno a un 30-40% de mujeres drogodependientes en Alemania, Holanda, Suiza, Dinamarca y Noruega y entre un 22-25% en Luxemburgo, Polonia y España.

En lo que se refiere a la prevalencia del consumo de drogas en mujeres embarazadas o a otros datos como por ejemplo el número de hijos, la situación es, si cabe, menos conocida. De todas maneras, y de acuerdo con los datos del primer estudio representativo en Estados Unidos sobre la prevalencia del consumo de drogas en mujeres embarazadas presentado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) en la Conferencia de 1994 bajo el título: "Drug Addiction Research and Health of Women", (en Finnegan, 1997a), los datos referidos a un año indican lo siguiente: del total de mujeres (4.000.000) que tuvieron hijos, el 5,5% (221.000), habían consumido algún tipo de droga ilegal durante el embarazo, habiendo nacido 220.000 niños de mujeres que consumían drogas durante el embarazo

De acuerdo con estas estimaciones, el tipo de drogas consumidas había sido el siguiente: un 2,9% de mujeres (119.000) autodeclararon haber consumido marihuana y un 1,1% (45.000) cocaína; un 18,85% (757.000) mujeres consumieron alcohol y un 20,4% (820.000) habían

fumado cigarrillos en algún momento durante el embarazo. Otra de las conclusiones de este estudio referida al grupo de mujeres que consumían drogas ilegales, su situación en otros órdenes era más precaria, por ejemplo en lo que se refiere a nivel de estudios de la madre, situación matrimonial y nivel económico.

El consumo de drogas representa una situación de alto riesgo para los hijos que, antes y después de nacer, están expuestos al consumo de drogas de la madre y/o de ambos padres, y por tanto a multitud de factores perjudiciales de tipo biológico, psicológico y social que muy probablemente les ocasionará problemas psíquicos y psicosociales en su desarrollo.

Aunque debido a la alta incidencia del consumo de varias drogas de forma simultánea es difícil asignar cualquier efecto perinatal a una droga específica (Olofsson, 1997; Finnegan, 1997b). El estilo de vida y las condiciones de vida de la mujer embarazada, además de las enfermedades infecciosas que ésta presenta, son también factores de riesgo para el desarrollo del feto y del niño una vez nacido.

La mujer drogodependiente a menudo tiene un bagaje educativo precario, como consecuencia de haber abandonado sus estudios muy pronto, coincidiendo con el inicio de su adicción a las drogas; de acuerdo con ello, tiene problemas respecto a su propia personalidad, su capacidad de interacción y sus relaciones con su hijo, todo lo cual disminuye su capacidad y habilidades como madre y como cuidadora.

Además de los posibles problemas de tipo físico y psíquico que presentan los hijos de madres drogadictas, algunos pro-

blemas añadidos, como los síntomas del síndrome de abstinencia que pueden prolongarse un cierto tiempo, hacen que el niño este inquieto e irritable, además de que presente diferentes interacciones y patrones de conducta diferentes a los demás niños que le convierten en un niño difícil. Todo esto, combinado con la situación y condiciones de la madre y la pobreza de recursos con los que cuenta, sitúa a los niños en riesgo de deprivación, rechazo y falta de unión madre-hijo. La combinación con una madre y/o padre drogadicto posibilitará un alto grado de rechazo, deprivación, negligencia y abuso (Kelley, 1992).

Esta bien documentado¹⁷ que los hijos nacidos de forma prematura, pequeños para la edad gestacional con defectos de nacimiento u otros problemas tienen mayores posibilidades de negligencia y abuso que los niños que han nacido físicamente normales. También se sabe que los niños de alto riesgo son más vulnerables a los ambientes pobres e inestables mientras crecen que los niños normales. El ambiente del hogar de las madres y padres drogadictos suele ser caótico, inestable y poco seguro (Olofsson, 1997).

En lo que se refiere específicamente al abuso y negligencia fetal, hay que tener en cuenta, como señala Delgado (1997), que las madres adictas a drogas aglutinan las principales circunstancias y problemas tanto psicológicos como nutricionales

como relacionados con el estilo de vida y el consumo de drogas. Entre los factores que afectan a la salud fetal, entre otros el consumo de tabaco, alcohol y drogas, las infecciones maternas de transmisión vertical como el Virus de la Hepatitis B y C, el Virus de la Inmunodeficiencia humana, sífilis, etc., además de otros problemas como los abusos físicos y psicológicos tanto dirigidos a la madre como al feto, inadecuada asistencia médica durante el embarazo, negligencia del padre en el cuidado de las necesidades maternas, deficiente nutrición cuantitativa o cualitativa, marginación social y/o económica, embarazos no deseados o clandestinos, contaminantes ambientales y laborales, además de mayor soledad y aislamiento, ya que las madres drogadictas no suelen tener pareja, y, cuando la tienen, en una mayor proporción que los hombres drogodependientes, ésta también es drogadicta. Todo ello influirá en los diferentes momentos de exposición fetal produciendo entre otros, abortos espontáneos, diversos tipos de malformaciones, crecimiento intrauterino retardado, déficit cognoscitivo o de comportamiento, prematuridad y diferentes tipos de infecciones adquiridas por transmisión prenatal secundarias a conductas de riesgo maternas que ocasionarán distintos problemas y trastornos en el recién nacido¹⁸.

¹⁷ Véase para una revisión: Cantón, J., y Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

¹⁸ Véase al respecto para una revisión exhaustiva y actualizada sobre esta cuestión las conclusiones de la reunión del Grupo Pompidou celebrada en Estrasburgo el 6-7 de Marzo de 1997: Council of Europe (1997). *Pregnancy and drug misuse*. Proceedings (Pompidou Group). Strasbourg: Author; y también el número monográfico: Bullington, B. (Ed.) (1997). *Pregnancy and substance abuse*. Journal of Drug Issues. Vol. 27, Nº 3. Florida.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta la fuerte relación entre consumo de drogas de los padres y abuso infantil en sus diferentes formas y variantes en diferentes tipos de estudios. Así por ejemplo el estudio de Murphy et al. (1991), que analizaron el consumo de drogas en una muestra de 206 casos de maltrato físico o de abandono graves y encontraron que en el 43% de ellos, al menos uno de los padres tenía problemas con el alcohol o las drogas. Otros estudios realizados sobre las características de los padres y diferentes tipos de maltrato señalan tasas más elevadas de malos tratos en los niños cuyos padres habían sido clasificados como drogadictos (Famularo, Kinscherff y Fenton, 1992; Kelleher et al. 1994; Jaudes, Ekwo y Voorhis, 1995).

El entorno en el que nacen y se desarrollan los hijos de padres tanto alcohólicos como drogadictos se caracteriza por ser un ambiente de tensión, violencia y agresividad, y por tanto no es difícil que exista mayor prevalencia de malos tratos, y mayor negligencia en el cuidado del niño. Los niños que viven en estos ambientes tienen entre otros, mayores posibilidades de tener problemas posteriores de drogodependencia¹⁹, problemas legales, conducta antisocial, violencia doméstica, problemas de aprendizaje, bajo nivel educativo, mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas, enfermedades crónicas y hospitalizaciones (Puig y López, 1995; López y Puig, 1995; Manuel y Casado, 1997; Casado y Bañó, 1997; Waters, Roberts y Morgen, 1997).

De acuerdo con lo anterior, la mujer drogodependiente necesita una ayuda específica para afrontar la situación en la que se encuentra tanto en lo que se refiere a su propia adicción como a la situación particular carencial que padece en diversos órdenes de la salud, la seguridad, las relaciones sociales, la pobreza, el cuidado de sus hijos, etc.

Así, la mujer adicta a drogas, específicamente la que utiliza la vía inyectada, no sólo debe ser objeto específico de atención cuando está embarazada por el evidente riesgo y graves consecuencias que supone para el feto y para el recién nacido esta situación, sino también cuando su hijo ha nacido y cuenta con mayor motivación para abandonar el consumo y con mayor necesidad de apoyo, tanto económico como psicológico y social para salir adelante en esa situación determinada. Al respecto de esta cuestión, los trabajos europeos de Leopold y Steffan (1997) basados en la información proporcionada por informantes clave de trece países europeos y el de Orte, March y Capllonch (1997), basados en la investigación realizada por investigadores de cinco países europeos revela la existencia de servicios y programas de tipo clínico dirigidos a la cuestión de la dispensación de metadona, cuidados ginecológicos durante el embarazo y el parto y asesoramiento en lo que se refiere tanto a medidas preventivas de contagio o reinfección en la mayoría de países, y la ausencia de servicios y/o programas específicos de tipo psicológico, educativo, ayudas económicas, gru-

¹⁹ En el estudio de Christel Zenker (1995) ya citado sobre dos grupos de usuarias de programas de mantenimiento con metadona se cita entre un 47% y un 60% de mujeres que señalan haber convivido durante la infancia y/o adolescencia con un persona que tenía un problema severo de drogodependencia.

pos de apoyo y ayuda mutua, etc., tanto para la mujer como para sus hijos en la mayoría de países europeos.

Sexualidad y Rehabilitación

A lo largo de este documento hemos tratado de reflexionar sobre la sexualidad desde diferentes puntos de vista siempre teniendo en cuenta, como cuestión de fondo, la perspectiva de la mujer y la del consumo de drogas. Tal como hemos señalado al principio de este documento, cada uno de los aspectos a los que hemos hecho referencia merece un tratamiento profundo que permita mejorar los procesos de tratamiento del problema drogas en el colectivo femenino desde diferentes puntos de vista que abarcan diferentes cuestiones, entre otras, la mejora de las formas de acceso a colectivos que presentan un tipo de necesidades -si no expresadas, sí sentidas- particulares; la mejora de los procesos de diagnóstico; la creación-adaptación de servicios y programas de tratamiento de acuerdo a estas personas y necesidades; la mejora de los métodos de detección, prevención y tratamiento de los problemas que acontecen en la infancia, la coordinación entre los recursos de tipo sanitario, de tratamiento de las drogodependencias, sociales y educativos, de protección infantil, etc.

Todo ello, por tanto, no sólo nos lleva a plantearnos la mejora de los programas de rehabilitación, también nos lleva a plantearnos la realización y mejora de los programas de prevención desde muy diferentes ámbitos, y no solamente desde los centros de tratamiento para personas adictas a drogas.

De todas formas, y aunque la sexualidad prácticamente desde todos los puntos de vista, no es un tema prioritario en

los programas de rehabilitación de drogodependientes, tanto si son hombres como si son mujeres; teniendo en cuenta lo comentado hasta aquí en relación a la especial situación de la mujer drogodependiente, es importante para finalizar, tener en cuenta algunas cuestiones, que, aunque exceden las pretensiones de este documento, no podemos dejar de lado.

La mujer drogodependiente, debido no sólo a su drogodependencia sino a los problemas asociados a la misma antes comentados como el abuso sexual, la violencia, el embarazo, la prostitución, etc., puede presentar tanto sentimientos de desprecio de su propio cuerpo y de su sexualidad como sentimientos de rechazo a sus sentimientos sexuales. Normalmente le falta confianza y esperanza en el futuro y tiene muchas dificultades en las relaciones, especialmente las heterosexuales. La experiencia de fracasos repetidos y el temor a nuevas relaciones de pareja no satisfactorias, lleva a que algunas mujeres tengan experiencias sexuales con otras mujeres, sin que ello signifique que se definan como lesbianas (Duckert, 1987).

Hay que tener en cuenta que, cuando empieza a prescindir de las drogas, un conjunto de problemas, que hasta entonces estaban "anestesiados", incluidos los de tipo relacional y sexual, empiezan a emerger. Las personas que han aprendido a consumir drogas para tratar sus problemas y dificultades sexuales, o bien han tenido un determinado tipo de relaciones sexuales mediadas por el consumo de sustancias, deben aprender estrategias de afrontamiento a las mismas desde la sobriedad.

El aprendizaje de nuevas formas de relación sexual con la pareja tendrá que incluir una relación diferente, donde la mujer tenga un papel más independiente y autónomo. Los problemas emocionales y familiares, la angustia y la victimización así como la codependencia afectiva y la dedicación durante un cierto tiempo a la prostitución, implican no sólo un trabajo concreto y específico con la mujer drogodependiente sobre estas cuestiones -preferentemente a partir de intervenciones individuales y a través de grupos de autoayuda exclusivamente femeninos, tanto en lo que se refiere al terapeuta como al grupo de participantes-, también implica realizar un trabajo concreto con la familia entendida como las personas que apoyan a la mujer drogodependiente en su proceso de rehabilitación, para que pueda comprender y aceptar buena parte de los temas relacionados con la sexualidad que, a menudo, les provocan conductas de ocultación, negación y rechazo, ante la imposibilidad de afrontar sin ayuda el temor y vergüenza que dichas cuestiones les producen.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, A., Gamella, J.F. (1997). La experiencia del éxtasis. Un estudio antropológico de los efectos percibidos de la MDMA y sus análogos. En, J. Bobes, P. Lorenzo y P. A. Sáiz, *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. (págs. 133-160). Barcelona: Masson. Tomo I
- Amaro, G., González, R., García, L. (1997). Comportamiento sexual del paciente alcohólico y su pareja. *Revista Española de Drogodependencias*, 22 (2) 135-140.
- Babcock, M.L., Connor, B. (1981). Sexism and treatment of the female alcoholic: A review. *Social Work*, 26, 233-238.
- Bendixen, M., Muus, K.M. y Schei B. (1994). The impact of child sexual abuse. A study of a random sample of norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18, 837-847
- Blanco, A., León, J.L., González, E., Nobes, J. (1997). Personalidad del consumidor de MDMA. En, *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. (págs. 161-172). Barcelona: Masson. Tomo II.
- Blume, S.B. (1982). Psychiatric problems of alcoholic women. En, J. Solomon (Ed.), *Alcoholism and clinical psychiatry*. (págs. 179-193). New York: Plenum Medical.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En, G.E. Wyatt y G.J. Powell (Comps.), *Lasting effects of child sexual abuse*. (págs. 85-99). Newberry Park (Ca): Sage.
- Cantón, J., Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- Casado, J., Baño, A. (1997). Hijos de adictos a la heroína: un grupo con riesgo de enfermar y ser maltratados. En, J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Dir.), *Niños maltratados*. (págs. 233-240). Madrid: Díaz de Santos.
- Delgado, A. (1997). Abuso y negligencia fetal: aspectos generales. En, J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Dir.), *Niños maltratados*. (págs. 195-202). Madrid: Díaz de Santos.
- Estébanez, P., Fitch, K., Nájera, R. (1993). El VIH y las trabajadoras sexuales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 115, Nº 5, 415-437
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1996). *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. European Communities. Lisboa: Author.
- Famularo, R., Kinscherff, R., y Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child abuse and Neglect*, 19, 619-632

- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 17, 67-70.
- Finnegan, L.P. (1997a). Prenatal drug exposure. In *Pregnancy and drug misuse. Proceedings*. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group). (Strasbourg, 6-7 March). Documento multicopiado.
- Finnegan, L.P. (1997b). Perinatal morbidity and mortality in substance abuse abusing families: effects and intervention strategies. In *Pregnancy and drug misuse. Proceedings*. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group). (Strasbourg, 6-7 March). Documento multicopiado.
- Gordon, L. (1986). Incest and resistance: Patterns of father daughter incest, 1880-1930. *Social Problems*, 33, 253-267.
- Herman, J., Russell, D., y Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296
- Hurley, D.L. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 52, Nº 3, 253-268.
- Jaudes, P.K., Ekwo, E., y Voorhis, J.V. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1065-1075.
- Kandall, S.R. (1996). *Substance abuse and shadow. Women and addiction in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kelleher, K. et al. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84, 1586-1590.
- Kelley, S.J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse and Neglect*, 16, 317-328.
- Leopold, B., Steffan, E. (1997). *Special needs of children of drug misusers*. Consultancy project for the Pompidou Group. (Final Report, September). Documento multicopiado.
- Leopold, B., Steffan, E. (1996). *The german pilot program "women and AIDS". Conclusions for health care and prevention*. Poster presentado a la XI International Conference on AIDS. Vancouver, (Julio 7-12).
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- López, F. (1997). Abuso sexual. Un problema desconocido. En, J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Dirs.). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- López, M.R., Puig, J. (1995). Estudio de factores de riesgo en niños que conviven en familias donde se consumen drogas. Epidemiología analítica. *Pedriatika*, Vol. 15, Nº 2, 73-77.
- Lorenzo, P. (1997). MDMA y otras feniletilaminas. Farmacología y toxicología general. En, J. Bobes, P. Lorenzo y P. A. Sáiz. *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. (págs. 15-39). Barcelona: Masson. Tomo I
- Mandel, L.L., North, S. (1982). Sex roles, sexuality and the recovering woman alcoholic: Program issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 163-166.
- Manuel, J., Casado, J. (1997). Hijos de padres alcohólicos: Un grupo de riesgo. En, J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Dirs.). *Niños maltratados*. (págs. 227-232). Madrid: Díaz de Santos.

- Olofsson, M. (1997). Consequences of drug misuse during pregnancy. In, *Pregnancy and drug misuse. Proceedings. Cooperation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs* (Pompidou Group). (Strasbourg, 6-7 March). Documento multicopiado.
- Orte, C., March, M.X. (1997). *Explotación datos Encuesta Domiciliaria PNSD*. Palma de Mallorca: Documento no Publicado.
- Orte, C., March, M.X., Capllonch, I. (1997). *Mujer y drogas en España. Informe final*. Palma de Mallorca: *Mimeo*.
- Peters, S.D. (1988). Child sexual abuse and later psychological problems. En, G.E. Wyatt y G. J. Powell (Comps.), *Lasting effects of child sexual abuse* (págs. 101-117). Newberry Park (Ca): Sage.
- Puig, J., López, M.R (1995) Estudio de factores de riesgo en niños que conviven en familias donde se consumen drogas. *Epidemiología descriptiva. Pedriatika*, Vol. 15, Nº 2, 69-72.
- Sandmaier, M. (1980). *The invisible alcoholics: women and alcohol abuse in America*. New York: McGraw-Hill.
- Setreus, A. (1987). Moringen: A residential treatment centre for pregnant women, new mothers and their children. In, *Women and Drugs. Proceedings. Cooperation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs* (Pompidou Group). (Strasbourg, 16 february). Documento multicopiado.
- Stein et al. (1988). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. En, G.E. Wyatt y G.J. Powell (Comps.), *Lasting effects of child sexual abuse* (págs. 135-154). Newbury Park (Ca): Sage.
- Torres, M.A. (1991). Alcohol, alcoholismo y sexualidad. En, *XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Avances en Drogodependencias I. Santa Cruz de Tenerife. Consejería de Presidencia: Socidrogalcohol.
- Vázquez, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Waters, J., Roberts, A., Morgen, K. (1997). High risk pregnancies: teenagers, poverty and drug abuse. *Journal of Drug Issues*, 27(3), 541-562.
- Wilsnack, S.C. (1984). Drinking, sexuality and sexual dysfunction in women. En, S.C. Wilsnack, y L.J. Beckman (Eds.), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention*. (págs. 189-227). New York: Guildford Press.
- Zenker, C. (1995). First results of a methadone programme for drug-addicted women prostituting themselves. *European Addiction Research*, 1, 139-145.