

## ÁREA DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y SERVICIOS ASISTENCIALES

# Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención

## *Battered female drug-addicts: analysis for intervention*

CHAIT, L.\* Y ZULAICA CALVO, B.\*\*

\*Licenciada en Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Drogodependencias. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. \*\*Psicóloga Clínica. Licenciada en Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Jefa de Sección Programas de Reinserción. Subdirección General de Drogodependencias. Área de Salud y Drogodependencias. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

**RESUMEN:** *Objetivo:* Nos planteamos reflexionar sobre un colectivo que se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad. El ser mujer y adicta supone un doble factor de riesgo para la violencia doméstica.

*Material y métodos:* Se realiza una revisión bibliográfica y se analiza desde un centro de atención a las drogodependencias el cambio en el perfil de las mujeres drogodependientes y víctimas de la violencia de género, así como su etiopatogenia.

*Resultados:* Se propone un modelo para el tratamiento de la mujer adicta y maltratada en el que se aborda el marco de intervención, la evaluación de sus necesidades y aspectos concretos del tratamiento desde una perspectiva psicológica.

*Conclusiones:* Incidimos en los déficit que existen en la coordinación y atención de los programas que atienden a esta población y se proponen líneas de actuación que mejoren el tratamiento de este colectivo.

**PALABRAS CLAVE:** Maltrato. Mujeres. Drogodependencia.

**ABSTRACT:** *Objective:* We shall consider a group of individuals standing in a situation of great vulnerability. Being both a woman and an addict means a double risk regarding domestic violence.

*Correspondencia:*

BEGOÑA ZULAICA CALVO  
General Orgaz, 3, 6.º B  
28020 Madrid. España  
E-mail: bzulaica@minefield-marketing.com  
psicojule@yahoo.es

*Material and method:* We shall carry out a bibliographical revision and analyze, from a Drug Addiction Care Centre, the change in the profile of women who are both drug-addicts and domestic violence victims, as well as their aetiopathogenics.

*Results:* A model for the treatment of the addict and battered woman is proposed, with the settings for an action, the evaluation of their needs, and some specific aspects of their treatment from a psychological point of view.

*Conclusions:* We will insist on existing lacks of coordination and care in the programmes that are applied to this population and will propose new ways for the improvement of the treatment of this group.

**KEY WORDS:** Domestic violence. Women. Drug addiction.

### Introducción

El Artículo 1 de la «Declaración sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer» de las Naciones Unidas<sup>1</sup>, considera que la violencia contra la mujer es: «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada».

Existen «malos tratos» cuando la violencia que se ejerce contra la mujer se lleva a cabo en el ámbito familiar o doméstico por personas de su entorno: marido, compañero, padre, hijos o hermanos<sup>2</sup>.

Entre los muchos factores implicados en la violencia de género, merece especial consideración el consumo de sustancias tóxicas de carácter adictivo, tanto en el maltratador como en la propia víctima. Sin embargo, aún cuando estos 2 conflictos coexisten en un alto porcentaje de los casos, su atención recae generalmente en los centros que atienden las adicciones. Esto es debido a que, en los servicios de asistencia a víctimas de la violencia doméstica, la drogodependencia se convierte en un impedimento en el modelo asistencial propugnado, por lo menos hasta que la mujer se haya estabilizado en su abstinencia.

Existe un gran desconocimiento sobre la actuación que se realiza desde los centros de atención de las drogodependencias (CAD) en el ámbito de la agresión a las mujeres. El CAD actúa como centro de referencia de la red asistencial municipal de drogodependencias en Madrid, asume la valoración y tratamiento de los pacientes coordinando las situaciones de los diferentes servicios que intervienen en el proceso rehabilitador. Está dotado de un equipo interdisciplinario que lleva a cabo un papel importante en la detección e intervención de esta problemática respecto a la mujer maltratada, sea usuaria o familiar de apoyo. Pero es una intervención que se puede mejorar: se estima que sólo un 20% de las demandas de tratamiento son realizadas por las mujeres<sup>3</sup>, por lo que los tratamientos tradicionalmente se han enfocado hacia las necesidades de los varones, sin tener en cuenta las características diferenciales de sexo<sup>4</sup>.

Los déficit que encontramos, tanto en la intervención y en los recursos existentes en los programas de deshabituación como en los programas específicos contra la violencia doméstica, hacen necesaria una reflexión acerca de una problemática social tan compleja.

En este artículo, nos centraremos en el maltrato en usuarias drogodependientes. Dejaremos para un análisis posterior la intervención en los casos en que la mujer acude como familiar de apoyo y el profesional detecta una historia de agresiones por su pareja adicta o incluso por el hijo adicto, así como el tratamiento con el paciente en el que coexiste la dependencia y el ser maltratador.

### **¿Ha cambiado el perfil de la mujer consumidora y maltratada atendida en los CAD?**

La atención a la mujer drogodependiente y maltratada viene prestándose desde la implantación del Plan Municipal Contra las Drogas en el Municipio de Ma-

drid en 1988. En sus comienzos, se trataba de una mujer consumidora de heroína con una historia de maltrato y situaciones de gran vulnerabilidad en la obtención de la sustancia (prostitución, abusos, violencia, etc.). Eran pacientes que presentaban un gran deterioro social, sanitario y emocional.

En 1996, los CAD iniciaron el tratamiento específico de la dependencia alcohólica. Con la incorporación de esta nueva población de usuarios, los profesionales comenzaron a detectar casos de maltrato asociados al alcohol. Situación que se evidenció tanto en las mujeres que acudían para apoyar a sus parejas como en las propias usuarias alcohólicas. Algunas investigaciones han estimado que la incidencia de problemas de alcohol en familias que experimentan violencia puede situarse entre un 50 y un 75%<sup>5</sup>. El proyecto Genacis encuentra que, en el contexto de las agresiones físicas, cerca de la mitad (el 47,0%) de las personas involucradas en las agresiones, habían estado bebiendo con anterioridad a los episodios de violencia, según expresaban las víctimas<sup>6</sup>.

Otra población que se incrementó en la demanda de tratamiento desde 1995<sup>7</sup> fue la de los consumidores de cocaína, en los que, al igual que en el alcohol, es frecuente encontrar situaciones de agresividad propiciadas por la irritabilidad inducida por la sustancia, en un abuso a largo plazo; ni que decir tiene cuando el alcohol y la cocaína se asocian en el consumo, situación que se presenta en un 91,9% de los casos<sup>8</sup>. La mujer consumidora de cocaína y alcohol suele tener 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, ansiedad, etc.<sup>9</sup>.

En el presente, estos 3 perfiles coexisten en los CAD, teniendo en cuenta que la población de mujeres dependientes de la heroína que participan en los programas de sustitutivos opiáceos (metadona), tiene sus características específicas. Incluso podemos empezar a considerar un nuevo perfil, que es el de las menores de edad consumidoras de pastillas, alcohol y cannabis, en las que la situación de maltrato está por investigarse, ya que en la actualidad no hay datos.

«Los hechos de ser mujer y consumir drogas serían 2 factores de riesgo para la violencia»<sup>10</sup>, si bien vemos que las distintas sustancias consumidas provocan diferentes situaciones de vulnerabilidad. No es lo mismo la situación de una mujer consumidora de heroína y cocaína intravenosa que la de una consumidora de cannabis, éxtasis y alcohol.

## Etiopatogenia entre maltrato y adicción

Las mujeres que solicitan tratamiento por un problema de abuso o dependencia de drogas tienen mayor probabilidad que la población de mujeres en general de presentar maltrato<sup>3,10-14</sup>. Respecto al factor de riesgo que supone una drogodependencia, podríamos preguntarnos, ¿las mujeres maltratadas tratan de neutralizar sus reacciones al trauma adormeciendo sus sentidos con alcohol y otras drogas, o es que las mujeres que usan alcohol y drogas tienen más tendencia a llevar una vida que les pone en mayor riesgo de ser maltratadas por los varones?

Las investigaciones parecen afirmar que tanto el maltrato como la adicción 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<sup>10</sup>.

— Las adicciones hacen más vulnerable a la víctima: las mujeres que abusan de drogas son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica<sup>10,11</sup>. Incluso se ha planteado que la madre con abuso de sustancias es incapaz de protegerse a sí misma o a sus hijos como víctimas de maltrato.

— El maltrato predispone a la adicción a la víctima: las mujeres maltratadas pueden presentar, como consecuencia del maltrato, un comportamiento autodestructivo como la automedicación, el suicidio y el abuso de alcohol y otras drogas. Son más proclives a recibir tratamientos farmacológicos y a empezar a ser (drogo)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 poder continuar con su vida diaria como si se tratara de una especie de medicación<sup>10</sup>.

En Estados Unidos se llevó a cabo un estudio longitudinal de 2 años de duración<sup>12</sup>, en el que se trató de responder a estas diferencias en las causas según fuera la sustancia consumida por la víctima. Se encontró que las mujeres que usaban drogas ilícitas estaban más expuestas a ser agredidas en los 2 años siguientes de seguimiento, pero no así las que consumen alcohol. Los resultados de este estudio sugieren que el mayor uso de alcohol es más bien una respuesta al hecho de haber sido víctima de abuso, en tanto que el uso de drogas ilícitas aumenta el riesgo de ser tomada como víctima y, al mismo tiempo, este hecho aumenta la probabilidad de usar drogas.

## Marco de intervención

Cuando una mujer sufre simultáneamente adicción y maltrato, suele dar mayor importancia a su problemática con relación al consumo, dejando en un segundo plano su padecimiento de maltrato. Debido a ello, generalmente acude a los CAD para solicitar el tratamiento sobre su adicción.

La intervención comienza con un proceso de valoración biopsicosocial, en el cual participan profesionales de distintas áreas como la psicológica, médica, social y ocupacional. Con todas las mujeres que acuden a un CAD, se debería efectuar la evaluación de una historia de maltrato físico, emocional o sexual. En la actualidad, pocos son los protocolos que recogen estos aspectos y los cuestionarios que lo hacen, como el Europasi<sup>13</sup> y el Asi<sup>14</sup>, caen en la ingenuidad de que vivencias tan silenciadas y complejas se puedan responder dentro de una batería de preguntas como si fuera una más. Es en este momento cuando se podría detectar un maltrato explícito. Sin embargo, en muchos otros casos se necesitará un período más largo de trabajo individual para esclarecer una situación de vulnerabilidad, muchas veces encubierta y/o no concienciada por la misma mujer, debido en gran medida al sentimiento de culpa y baja autoestima que conlleva ser adicta.

Otra ocasión en la cual se puede detectar una situación de maltrato es en el desarrollo de la intervención, ya que un elevado porcentaje de mujeres en tratamiento escogen como nuevas parejas a otros varones con problemas de consumo, en los que si existe una recaída y un carácter agresivo, se puede precipitar una situación similar.

Cuando en un CAD se detecta una situación de maltrato, hay que diferenciar, en primer lugar, si existe o no una situación de urgencia que determine la necesidad de buscar un alojamiento de emergencia que podría ser otro domicilio particular o un alojamiento alternativo. En el caso de que así sea, nos encontramos con lo complejo que puede llegar a ser contar con alguna de estas opciones.

En cuanto a la primera alternativa, encontrar otros domicilios de la propia red social de la mujer adicta, es bastante difícil ya que sus relaciones sociales y afectivas están muy deterioradas.

En cuanto a la segunda posibilidad, hallar un alojamiento alternativo, también es improbable ya que el recurso para ello sería el SAVD 24 h (Servicio para la Asistencia a Víctimas de la Violencia en el Ámbito Doméstico perteneciente al Municipio de Madrid), donde las mujeres pueden llegar directamente o derivadas por otros dispositivos, como por ejemplo Servi-

cios Sociales, SITADE (Servicio telefónico de emergencias del Ayuntamiento de Madrid). Pero, ¿qué ocurre con los casos de mujeres en los que existe una dependencia tóxica y son derivadas desde los CAD? Según refiere la normativa del SAVD 24 h: «quedarían excluidas de la prestación de alojamiento aquellas mujeres que precisaran una atención especializada y/o pudieran generar graves problemas de convivencia como las que padezcan patologías por consumo de alcohol, drogas y/o enfermedades mentales»<sup>15</sup>.

Sólo en situaciones excepcionales que así lo aconsejen, y previa autorización del Área de Promoción de la Igualdad y Empleo, quedarían aceptadas, pero nos preguntamos: ¿cuáles serían estas situaciones? Entendemos que cuando hay una abstinencia consolidada no habría problema en la acogida de la paciente. En el caso de que haya habido consumos, se derivarían al recurso disponible «más idóneo»; ¿pero cuáles serían estos recursos?, ¿serían nuevamente los CAD? Ésta parece ser la respuesta que se desprende de las normas que rigen la relación con el SAVD 24 h y con Servicios Sociales Generales, donde se apunta a dicha coordinación con la red asistencial de drogodependencias en las circunstancias comentadas, con bastante rigidez en las normas ya que incluso si ha existido una abstinencia consolidada pero se ha producido una recaída pequeña, ya no aceptarían a la mujer.

Respecto a los CAD, no hay que olvidar que no son los recursos indicados para articular esta demanda, porque no son centros de emergencia y, por este motivo, no cuentan con recursos de urgencia, ni los profesionales que allí trabajan están especializados en intervenciones de crisis por maltrato.

En el proceso de intervención, esta carencia de recursos ha llevado a determinar la derivación a una comunidad terapéutica como un lugar para alejar a la mujer del agresor, además de continuar el tratamiento de la drogodependencia. Aunque se pueda priorizar el ingreso en la comunidad, éste lleva un tiempo mínimo de gestiones que impide considerarlo como una opción adecuada a la carencia de recursos de urgencia. Otra limitación de la comunidad es que implica la separación de los hijos/as, debido a que las plazas para acceder a las comunidades terapéuticas acompañadas de los hijos/as son escasas y tienen restricciones para la edad de éstos, por lo que habría que buscar para ellos/as otros recursos familiares o institucionales.

La intervención en un CAD es a largo plazo, y por tanto creemos que las situaciones de emergencia en estas mujeres están actualmente desatendidas.

Desde el Área de la Promoción de la Igualdad y Empleo se ofrece asistencia a estas mujeres cuando su

rehabilitación está estabilizada. Pero, como hemos comentado, incluso en aquellas mujeres que llevan un largo período de abstinencia, cuando los malos tratos se repiten y se acrecienta el riesgo de consumo, si vuelven a consumir no podrían tener acceso a estos recursos. Encontramos que al final, el número de mujeres a las que pueden atender resulta demasiado limitado.

Destacar que son pocos los casos que nos derivan de una casa-refugio o del SAVD 24 h. De una casa refugio llegan aquellas mujeres en las que se ha detectado el problema de abuso/dependencia de drogas de forma posterior al ingreso y que son derivadas al CAD para su tratamiento ambulatorio, con la condición indispensable de la abstinencia para permanecer en los recursos. En estos casos, existen muchas dificultades: poca conciencia de problema, motivación ambivalente por la presión del dispositivo, los consumos se perciben como un riesgo de quedarse en la calle por lo que se ocultan o niegan, excesiva distancia desde donde residen, cambios en los domicilios, dificultad para realizar el control toxicológico, y la vivencia de excesivos profesionales decidiendo en su vida, por lo cual la mujer aumenta su victimización.

## Necesidades de atención

El trabajar con las mujeres que viven procesos adictivos es una tarea difícil, pues sus trayectorias tienen generalmente contenidos emocionalmente dolorosos y su estilo de vida las convierte en un grupo difícil de seguir. No es raro que los profesionales consideren a estas mujeres como inconstantes e inestables.

Sin embargo, desde nuestra experiencia clínica y compilando la información de la bibliografía reseñada a lo largo de éste trabajo, no podemos olvidar que parten de una situación doblemente difícil, tanto por la adicción como por el maltrato. Sin importar cuál sea la sustancia que motiva el abuso, en el proceso de valoración encontramos unas situaciones sociosanitarias comunes que complican el tratamiento:

— Situación económica/laboral: la mayor parte de las mujeres han estado desocupadas durante los meses precedentes al inicio del tratamiento. De una forma homogénea, han vivido una historia laboral caracterizada por la inestabilidad, con trabajos precarios o temporales, peor formación y con muchas dificultades provocadas por la misma toxicomanía (p. ej., ausencias, retrasos y las consiguientes desconfianzas de los jefes). En el caso en que la mujer también es madre, la situación se complica, ya que la mayoría de ellas expresa que en su experiencia laboral los horarios, la retribu-

ción y las condiciones en general son complicadas de reconciliar con la responsabilidad de un hijo<sup>16,17</sup>.

— Relaciones sociales: se caracterizan por la ausencia de éstas. Por la adicción se deja de ver a los amigos/as no consumidores, y también por la relación de maltrato se produce el aislamiento de las amistades que «molestan» a las parejas, provocando una mayor dependencia hacia éstas y el aislamiento social.

— Situación legal: el hecho de que en algunos casos tengan situaciones legales pendientes con la justicia, dificulta que acudan a presentar denuncias después de haber sido agredidas. En el caso que la denuncia se haga efectiva, no suelen acudir a las citaciones judiciales cuando hay consumos de por medio.

— Situación sanitaria: en ocasiones se ha encontrado un maltrato desde las propias instituciones sanitarias cuando las mujeres toxicómanas han acudido en situaciones de emergencia por sobredosis, intentos de suicidio, maltrato, o demandando interrupción del embarazo. En sus historias clínicas se reflejan las consecuencias médicas producto del maltrato, como dolor crónico, peores condiciones de salud, trastornos del sueño y abortos. Existe una relación de lesiones en el pasado con relatos muy confusos, si en ese período ya bebían o consumían.

Si bien hay que reconocer la importancia fundamental e indispensable de todas las áreas de intervención (terapia ocupacional, social, sanitaria y orientación laboral) para el logro de la deshabitación, de la reinserción social, familiar y laboral, y para el cuidado de la salud, en esta ocasión nos centraremos en la evaluación y actuación desde el área psicológica.

### Evaluación psicológica

En la atención a las víctimas de la violencia doméstica, y como regla general, se propone el modelo de entrevista semiestructurada y abierta.

En relación con el uso de otros instrumentos de evaluación, como las escalas de valoración y diagnóstico, caben mencionar<sup>18</sup>: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático<sup>19</sup>; Escala de Inadaptación<sup>20</sup>; Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)<sup>21</sup>; Inventario de Depresión (BDI)<sup>22</sup>, y Escala de Autoestima<sup>23</sup>.

En cuanto al uso de técnicas proyectivas se suelen utilizar el test desiderativo<sup>24</sup>, test de relaciones objetales (Phillipson)<sup>25</sup>, entre otros.

Respecto a la entrevista semiestructurada en mujeres con problemas de adicciones, creemos importante incluir áreas específicas.

### Análisis de la demanda

— Conciencia del problema: se le resta importancia al problema de maltrato a causa de una habituación a la situación de tensión, miedo e indefensión, y la justificación de la droga. Resistencia a reconocer el fracaso de la relación.

— Motivación para el cambio: se percibe gran impotencia en su capacidad para solucionar el problema al estar agravada su situación por su condición de drogodependiente. Lograr la abstinencia, la deshabitación y la reinserción parece una meta tan compleja y tan a largo plazo que frustra y conduce hacia el consumo, con sus efectos a corto plazo que, si bien alivian, vuelven a generar culpa y situaciones de vulnerabilidad para el maltrato.

— Expectativas: se refiere a la capacidad de autoeficacia percibida para lograr otra forma de vida. Suele aparecer el temor a una vida futura en una soledad a la que se ven sentenciadas por haber sido consumidoras de drogas, anticipando el rechazo de futuras posibles parejas.

### Variables de personalidad

Las características referidas en los estudios sobre mujeres maltratadas se hallan presentes de igual manera en la mujer que también es adicta: una baja autoestima, asertividad deficiente y una capacidad escasa de iniciativa. Estos aspectos facilitan la cronificación del problema y la adopción de conductas de sumisión, reforzadas por la evitación de consecuencias desagradables (bofetadas, broncas, humillaciones, etc.)<sup>14</sup>. La habituación al maltrato crónico termina por facilitar la aparición de los siguientes síntomas<sup>17</sup>:

— Conductas de ansiedad extrema.

— Aislamiento social y dependencia emocional del varón dominante.

— Depresión y pérdida de autoestima, así como sentimientos de culpabilidad.

Conviene rastrear pensamientos de suicidio/homicidio: podemos pensar que su adicción, al actuar de un modo tan autodestructivo, es una forma de suicidio, de mostrar al compañero hasta dónde pueden llegar, creyendo que su pareja va a reaccionar. En otras ocasiones, la sobredosis encubre tentativas de suicidios. También se han podido encontrar actos más impulsivos, bajo efectos del consumo, como por ejemplo tirarse por una ventana.

Con menor frecuencia, pueden aparecer otros cuadros clínicos asociados al trastorno de estrés postraumático<sup>26</sup>, como la depresión y otras alteraciones de ansiedad, como los ataques de pánico.

## Análisis biográfico

Donde conviene incluir el genograma, una anamnesis y la exploración de figuras relevantes. Respecto a la familia de origen, con frecuencia se han registrado casos de abusos de sustancia y de malos tratos de los padres o hermanos. Los malos tratos, en ocasiones, no son explorados en las historias clínicas de rutina, debido a los profundos sentimientos de vergüenza que sienten las mujeres cuando los sufren, porque la memoria de estos episodios puede estar reprimida, o porque el personal de los servicios de salud se siente incómodo al explorar esta área. Conviene indagar el tipo de relaciones que mantenían con sus padres y los tipos de identificaciones presentes.

## Análisis de la historia de consumo y de maltrato

En la historia de consumo, el inicio suele estar relacionado con una pareja adicta, quien ha jugado un rol activo en el comienzo y desarrollo de la adicción. Respecto a la violencia, en el caso de las consumidoras de heroína o cocaína, se han vivido escenas de maltrato físico, psicológico e incluso de explotación cuando se hacía necesario conseguir una dosis. Con frecuencia se lamentan de haber sido golpeadas, sometidas y chantajeadas psicológicamente por su pareja, confirmando que se reproduce un modelo de relaciones disfuncionales que perdura en el tiempo, y muchas veces está presente en las recaídas.

En este apartado conviene explorar si han existido más relaciones de pareja con vivencias de maltrato, si ha habido separaciones, cuánto tiempo ha mantenido estas separaciones, los motivos por los que volvieron con sus parejas, si ha estado sola en algún período, y la relación de los períodos de abstinencia con su situación de soledad o de pareja.

## Relación actual de pareja

Habría que distinguir 2 situaciones diferenciando si la pareja consume o no:

*A. Pareja consumidora.* Encontrarse bajo el efecto de la sustancia puede desinhibir la agresividad, que puede suscitarse en ocasiones en respuesta a la convivencia en una relación de pareja, pero con un resultado desfavorable para el más vulnerable cuando surge el descontrol bajo efecto de la droga. Se observan relaciones más dependientes por la drogodependencia.

— Pueden disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor y pensar en la solución mágica de la abstinencia.

— La droga suele constituirse como un elemento más de maltrato, ya que en muchas ocasiones la mujer está en tratamiento y su pareja no, y el varón lleva la droga a casa como un modo de mantenerla en la relación.

— Aparece el ciclo abstinencia/recaída que dificulta el análisis objetivo del maltrato.

— En estas parejas, la separación se dificulta porque se mezcla la ambivalencia ante la relación y la ambivalencia ante el consumo. Frente al deseo de la sustancia surge el retorno a la pareja como un modo de facilitar el consumo, en un momento de impulsividad en el que desaparece el recuerdo del maltrato sufrido.

— La compañía de una figura masculina disminuye la percepción de riesgo en una mujer cuando va a obtener droga y a consumirla, con ello «la figura que maltrata también es protectora».

*B. Pareja no consumidora.* En estos casos, encontramos con mayor frecuencia un maltrato de tipo psicológico complicado de analizar y tratar, ya que aunque la mujer haya desarrollado su adicción como una forma de mitigar el malestar por un maltrato previo, a su vez es esta misma adicción la que «justifica» a la pareja el incremento de los comportamientos de maltrato con insultos, control exagerado, anulación, etc., «para impedirle recaer».

Aspectos que en ambas situaciones conviene conocer:

— Estrategias de seguridad que está empleando: es en esta área donde más déficit hallamos, ya que el uso de sustancias dificulta pensar, prever y poner en marcha estrategias válidas. Destaca cómo estas mujeres no saben actuar correctamente para defenderse o cuidarse después de la agresión, bien porque sus capacidades cognitivas están mermadas, o por circunstancias sociales o legales, como antes se comentaba, no ponen una denuncia porque ellas mismas están en busca y captura, o se equivocan en el recurso adonde acudir. Otras veces, aunque acudan al lugar acertado, es frecuente que encuentren una respuesta agresiva en la que sienten que el mismo sistema las responsabiliza de lo que han sufrido: «si consumes y te maltratan es por tu culpa», lo que inhibe que ante una nueva agresión vuelvan a denunciar.

— Grado de control del maltratador: suelen ser varones que, frente a la idea de separación, amenazan con herirse o herir a la mujer y a sus familiares, y en el caso de que sean consumidores pueden intentar culpabilizar con no poder soportarlo y recaer o aumentar su dependencia tóxica. Suelen ser controladores con el dinero y los tiempos.

### Relación actual con la familia de origen

Hay que incidir en que la mujer adicta sufre una mayor culpabilización por su trasgresión, provoca una mayor decepción que los varones consumidores y se la estigmatiza más. Estas circunstancias podrían explicar que, cuando inician tratamiento, sólo un 33% de las mujeres convive con su familia de origen frente a un 57% de los varones<sup>27</sup>.

### Relación con los/as hijos/as

La maternidad es vivida de un modo ambivalente. Si bien puede ser un factor que motive la iniciación de un tratamiento, y con ello frenar un clima de violencia familiar, por otro lado puede implicar una «carga» difícil de llevar si tiene que asumir la responsabilidad de la crianza de los hijos sin apoyo de su pareja u otros familiares.

La mujer drogodependiente es vista como mala madre, por lo que temen que, por su condición de adictas, puedan perder a sus hijos/as. Estas características son independientes de la sustancia que hayan consumido.

Algunas características que se observan en niños/as que son testigos de este tipo de escenas violentas, son:

- Niños/as muy agresivos/as, siempre dispuestos/as a pegarse.
- Niñas muy pasivas, temerosas.
- Niños y niñas cansados/as.
- Problemas psicológicos tales como desarreglo del sueño, enuresis, mutismo,
- Niños que agreden y denigran a su madre.
- Problemas somáticos.
- Tensiones y violencia entre hermanos/as<sup>28</sup>.

### Objetivos de la intervención

— Obtener un proceso de atención en el cual se pueda atender tanto la problemática de la adicción como la del maltrato de una forma paralela, con el doble objetivo prioritario de frenar el consumo de drogas y la propia situación de maltrato.

— Tratar la dependencia afectiva con la pareja, agravada en las mujeres adictas, ya que encontramos una mayor culpabilidad y justificación sobre el maltrato recibido, así como una mayor 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.

— Actuar de forma preventiva con los/as hijo/as, con la modificación de los factores de riesgo y facto-

res de protección en las familias que acuden respecto a la violencia y al consumo de drogas.

### Intervención psicológica

En los CAD, la intervención psicológica se presta de forma individualizada, de pareja, familiar y en grupos. En la intervención grupal no se contempla la existencia de grupos específicos de mujeres maltratadas. Por ello, creemos que resulta conveniente que una vez consolidada la abstinencia, sean derivadas a grupos de terapia del SAVD 24 h o a centros de atención a mujeres.

Hay que especificar que en los casos en los que se detecte un trastorno concomitante (trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno por estrés posttraumático, etc.), éste requerirá su atención específica individual con el profesional correspondiente.

### Intervención sobre la demanda

Pensamos que hay que hacer llegar una serie de premisas a la mujer que le ayude a darse cuenta de su situación y hacer algo al respecto.

A. En relación con la adicción.

— No hay justificación para el maltrato, aunque una mujer consuma drogas.

— La agresión no es culpa suya. Frente a su sentimiento de culpa, «me lo puedo merecer», no pueden minimizar que la pareja les insulte, les abofetee, les pegue o incluso que las hayan violado intoxicadas.

— Haberse enganchado a las drogas con parejas que les inducían al consumo y que conocían el fenómeno de la adicción, es haber sido maltratadas.

— Tener una pareja consumidora que no se pone en tratamiento y las expone a situaciones con riesgo de recaída, es un maltrato.

— Consumir es un factor de riesgo para ser maltratada.

B. En relación con la violencia doméstica.

— Tipos de maltrato (emocional, físico y sexual); fases cíclicas (tensión, agresión y arrepentimiento); evolución en el tiempo, agravándose en frecuencia y severidad; efectos en la familia, con un aprendizaje de indefensión que coloca en lugar de víctimas a sus miembros; la violencia en la sociedad.

— Un maltrato es una agresión que nadie merece.

— Generalmente, la violencia continúa con el tiempo y aumenta en frecuencia y severidad, pese a las habituales promesas de cambio.

— Los efectos de la violencia familiar pueden ser muy perjudiciales, tanto para la mujer como para sus

hijos/as, aun cuando sólo sean testigos de lo que sucede.

— La violencia familiar no consiste solamente en maltrato físico, sino que además existen otras formas de abuso; entre ellas los insultos, la desvalorización, las amenazas, el control, el aislamiento, el forzar a actos sexuales indeseados, etc.

Con esta información, se facilita que vivencie la violencia de una forma independiente a la relación establecida dentro de la pareja. Dejar de verlo como un «toma y daca»<sup>29</sup>, impidiendo justificar la agresión como una «respuesta» a la supuesta «provocación» de la mujer. Se busca motivar a la paciente a aceptar la necesidad de tratamiento, con la valoración de las repercusiones negativas que la relación de pareja ha supuesto para ella, y la comprensión de las causas por las que ha perdurado.

### **Intervención sobre aspectos emocionales relacionados con la dependencia afectiva**

En los casos en que se detecta el maltrato en la intervención desde el CAD, se trabaja la dependencia afectiva con el agresor. Una dependencia que suele ser factor de inicio y/o mantenimiento de la conducta adictiva, y que se caracteriza por la baja autoestima, la sumisión, el miedo a la soledad, la necesidad del otro para la valoración y el afecto, la falta de seguridad en una misma. Estos aspectos se ven propiciados por el desprecio, por la minusvaloración que reciben en la relación, en la que la mujer termina creyendo que es inútil o mala, la causante de los arranques de ira.

En el trabajo sobre la dependencia, la intervención en la autoestima es crucial en cuanto va a determinar su capacidad para afrontar su autonomía. Para ello, se trata de incrementar la autoestima de la mujer de un modo interno, que sea ella misma quien aprenda a valorarse y a quererse; y en lo externo, con una mejor relación con el entorno y la separación de la relación de pareja.

### **Separación de la pareja**

Como está comprobado, en los casos de maltrato son necesarios más de un ciclo de ruptura/reencuentro hasta que la decisión de separación cobra más fuerza. Hay que destacar lo difícil que es trabajar la separación de la pareja maltratadora ya que, como hemos dicho, son mujeres que por consecuencias de su adicción están más solas y muchas veces repudiadas por sus familiares. En el caso de que su pareja sea un consumidor y se encuentre en tratamiento, contaremos

con la posibilidad de intervenir con él con el mismo objetivo de la separación. Es necesario respetar la decisión de la mujer hasta que ella misma sienta que es quien lo decide, porque no se trata sólo de tomar la decisión, sino de ser capaz de mantenerla, y para ello ha de estar muy convencida.

Parecería que, al igual que en las dependencias a las drogas, el varón fuera el objeto de la adicción, con las recaídas consecuentes.

Sea cual sea su postura, lo que importa es que se sienta acompañada, pero con conciencia de la situación de riesgo que conlleva permanecer en la pareja para su bienestar y para el mantenimiento de la abstinencia, y con un plan de seguridad previsto.

### **Establecer un plan de seguridad**

Tanto en los casos en los que deciden continuar con la pareja agresora como en los que deciden separarse, creemos adecuada la necesidad de organizar un plan de seguridad y protección para reducir al mínimo el riesgo. La primera premisa ha de ser mantenerse abstinente: como ellas refieren, cuando han consumido no perciben el riesgo y quedan atrapadas en la obtención de la droga, en el consumo y en las consecuencias de ésta, y les impide la ejecución de cualquier plan de seguridad, por efectivo que fuera, que se hubiera planeado. Después, tendrán que pensar en personas de su red social con quien puedan quedarse, en lo posible que no sean vecinos/as, o en el SAVD 24 h, si están abstinentes.

No pueden informar a su pareja sobre su decisión. Convendrá tener preparados todos los documentos importantes así como ropa, dinero, llaves en algún lugar accesible o con alguna persona de confianza. Deberán memorizar el teléfono de la comisaría si necesitan una actuación urgente o si desean poner la denuncia. También es importante mejorar la seguridad en el hogar con cerraduras, un teléfono accesible, quitando objetos peligrosos, etc.

### **Intervención sobre la relación con los/as hijos/as**

Lograr la abstinencia en el consumo de drogas y frenar el clima de violencia familiar son objetivos prioritarios en la familia. Es importante que las mujeres acepten que si los/as niños/as vivencian situaciones de maltrato y de consumo de drogas, se incrementa la posibilidad de que en un futuro actúen de igual manera al modelo significativo. Los/as hijos/as observan la agresividad y el consumo como forma de reducir la tensión y lograr sus objetivos o, por el contrario,



se posicionan en un rol de víctimas en el que admiten la violencia.

Esta concienciación en las mujeres posibilita trabajar la culpa por la desatención a sus hijos/as y las vicencias que han pasado, las explicaciones sobre «su enfermedad» y los malos tratos, la separación con el padre, etc.

Además, sería necesario favorecer competencias parentales y crear un sistema de apoyo social, cuando decidieran separarse, que ayudara a conciliar la vida laboral, el tratamiento y los/as hijos/as.

### **Intervención sobre las relaciones con la familia de origen**

Con aquellas familias en las que ha existido una ruptura y la paciente desea un reencuentro, por medio de la intervención familiar y de la asistencia a un grupo, se facilita la comprensión del fenómeno de la adicción. Se debe incidir en las características diferenciales de las «hijas problemáticas» y el mayor rechazo que vivencian.

### **Intervención sobre la red social y laboral**

Para mejorar la autoestima y el autoconcepto de la mujer agredida es muy importante salir del aislamiento social. Se motivará para que vuelva a realizar actividades gratificantes en el ocio y tiempo libre, así como retomar la «agenda» de antiguas amistades no consumidoras, y tener un mayor contacto con las personas de su entorno. Un primer paso de resocialización podría ser la asistencia al aula de actividades de los CAD. Después se abordaría la mejora de su empleo con el diseño del itinerario de inserción laboral diseñado por el orientador sociolaboral, pero realizado con la ayuda interdisciplinaria del equipo de atención.

## **Conclusiones**

Tanto en el ámbito de mujer como en el de drogodependencia, se percibe una falta de colaboración recíproca, lo que merma la capacidad de atención, especialmente cuando ambas problemáticas son concomitantes. Se podría proceder a una revisión del mode-

lo de atención frente a las nuevas necesidades de este perfil de mujer drogodependiente en el que el maltrato ha estado silenciado, dada la dificultad para utilizar los recursos existentes destinados a casos de violencia doméstica cuando hay problemas de consumo.

No podemos olvidar que la ausencia de coordinación y cooperación entre los diferentes servicios provocará que las distintas medidas se contrapongan siendo las familias y las propias usuarias las que sufran las consecuencias.

Esto daría cuenta de la urgente necesidad de crear modelos de trabajo conjuntos entre las instituciones implicadas, con el fin de idear un programa de intervención eficiente, adaptado a este perfil tan complejo.

### **Propuestas**

— Tomar conciencia que la ausencia de recursos adecuados para estas mujeres supone un nuevo maltrato.

— Formar en la intervención sobre el maltrato a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias, que posibilite una mejor detección de muchos casos de maltrato encubierto y una intervención adecuada. A su vez, formar sobre drogodependencias a los profesionales que atienden malos tratos.

— Contemplar un servicio integral que incluya también a personas con problemáticas de drogas en situaciones de emergencia.

— Articular modos de coordinación en el tratamiento de los casos, ya sean detectados en el SAVD 24 h o en los CAD.

— Ahondar en el conocimiento de esta problemática por medio de investigaciones que permitan adecuar los recursos y los tratamientos.

— Incluir dentro de los objetivos de la prevención del consumo de drogas el evitar las graves consecuencias sociales que estas sustancias ocasionan como precipitantes de la violencia de género que tanto nos preocupa.

Pensemos en una intervención que proporcione seguridad y protección, en la que estas personas encuentren reconocimiento y valor. No repitamos otra experiencia de inseguridad, de maltrato, de amenaza y reproche desde los recursos de las no consumidoras a las ex consumidoras, encasilladas en esta identidad.

## Bibliografía

1. ONU E/CN.4/1999/68. Integration of the Human Rights of Woman and the Gender Perspective. Violence Against Women. Informe del Relator Especial sobre la violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias. Radhika Coomaraswamy; 1999. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/Huridorda>
2. Instituto de la Mujer, Secretaría General de Asuntos Sociales. Violencia contra las Mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
3. Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 2001. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2002.
4. N.º 1 Documentos Técnicos del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. ISDN. Depósito Legal M89732005. Instituto de Adicciones, Asistencia. (Pendiente publicación.)
5. Katz, L. Counsellors Learn to Help Violent Alcohol Abusers. Rockville: NIAAA; 1982.
6. Sánchez L, Navarro B, Valderrama JC. Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Alicante: Sociedad Española de Toxicomanías; 2004.
7. Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1998. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 1999.
8. Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1999. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2000.
9. Delgado S, Torrecilla JM. Medicina legal en drogodependencias. Madrid, Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga; 2002.
10. Fundación Spiral. I Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer; 2002.
11. Miller BA, Downs WR, Gondoli DM. spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *J Stud Alcohol*. 1989;50:533-40.
12. Center for Health and Gender Equity. Para Acabar con la violencia contra la mujer. Baltimore, Maryland. Population Information Program, Center for Communication Programs. Baltimore: The Johns Hopkins School of Public Health; 1998.
13. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Subt Abuse Treat*. 1992;9:199-213.
14. Kokkevi A, Hasters C. European adaptation of a multidimensional assessment instrument of drug and alcohol dependent. *Eur Addict Res*. 1995;1:208-10.
15. Área de Promoción de la Igualdad y Empleo. Programa Municipal de Violencia Contra las Mujeres en el Ámbito Doméstico. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de Promoción de la Igualdad y Empleo; 2002.
16. Cruz Roja Española. La integración social de personas drogodependientes. Madrid: Cruz Roja Española; 2002.
17. Centro de Orientación Sociolaboral de la Agencia Antidroga (Red Araña). Huecos de Mercado y Necesidades Formativas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid; 2005.
18. Echeburúa E, Corral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI de España; 1998.
19. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasua B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*; 1997;23:503-26.
20. Echeburúa E, Corral P. Escala de Inadaptación. 1987 inédito.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
22. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Broker; 1983.
23. Rosenberg, A. Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton; 1965.
24. Piccolo E, Grassano D. Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
25. Phillipson H. El Test de Relaciones Objetales. Buenos Aires: Paidós; 1965.
26. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
27. Stanton M, Todd T. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona: Gedisa; 1985.
28. Dirección General de la Mujer. IV Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres de la Comunidad de Madrid 2002-2005. Madrid, Comunidad de Madrid: Dirección General de la Mujer; 2002.
29. Fundación Spiral. II Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones. Madrid: Spiral; 2003.