

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación.

CONSECUENCIAS SOCIO- FAMILIARES DE LAS MUJERES DEPENDIENTES A HEROÍNA.

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social.

ALUMNA: GRISELA PAZ MORALES.
PROFESORA: BERTA PUYOL LERGA.

JULIO 2017.

Índice

INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACIÓN	4
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	8
2.1 LAS DROGAS.....	8
2.1.1 Clasificación de las drogas	12
2.1.2 Los opiáceos.....	16
2.1.3 Efectos que produce la heroína	17
2.1.4 Vías de administración.....	18
2.2 LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA SEGÚN EL GÉNERO.....	19
2.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN AL CONSUMO Y A LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA	21
2.3.1 Consecuencias de la dependencia a las drogas en especial a la heroína según el género	22
2.3.2 Factores de riesgo en la mujer ante el consumo de drogas	24
2.3.3 Consecuencias físicas	27
2.3.4 Consecuencias socio-familiares	28
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO-GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4. MÉTODO.....	31
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	31
4.2 VARIABLES	31
4.3 POBLACIÓN PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	32
4.4 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	32
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	32
4.6 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	33
5. RESULTADOS	34
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	34
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA RELACIONADA CON EL CONSUMO	39
5.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA RELACIONADA CON LA FAMILIA.....	41
5.4 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE HEROÍNA EN LAS MUJERES	44
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXO.....	63

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada, se centra en las mujeres dependientes a la heroína, pertenecientes a la Asociación San Miguel Adicciones, centro donde se relazaron las prácticas. Dicha investigación, se centra en conocer las consecuencias socio-familiares de las mujeres dependientes a la heroína, en el periodo de tiempo desde el 2015 hasta la actualidad.

Para que esto se ejecutara fructuosamente, ha sido necesario recolectar información sobre las usuarias a través de las historias clínicas, estas están elaborada por el equipo terapéutico formado por la trabajadora social, la psicóloga y el médico.

El informe de investigación, recoge seis epígrafes, en primer lugar nos encontramos con la justificación, en esta se recoge información necesaria acerca del estudio elegido, así como el motivo del mismo. En segundo lugar se encuentra el marco teórico, donde mostramos diferente bibliografía sobre el tema objeto de estudio. Seguidamente, aparece el objetivo general y los objetivos específicos, que se pretenden alcanzar con el estudio. A continuación se indica el método de elaboración de la investigación y por último en los puntos cinco y seis emergen los resultados, las discusiones y las conclusiones.

1. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado es una investigación que se centra en la heroína, especialmente en el consumo y dependencia en función del género.

Tras seis meses de prácticas en el Centro de Atención a las Drogodependencias, de Santa Cruz de Tenerife de la Asociación de Cooperación juvenil San Miguel Adicciones, se ha podido observar que la droga que más demanda tiene para realizar tratamiento (durante este periodo de tiempo) es la heroína. Tras comprobar que, no se compaginaba el ser mujer y consumir dicha droga, decidimos realizar un estudio para observar las consecuencias socio-familiares de la mujer dependiente a la heroína, pues eran los hombres quienes con mayor frecuencia admitían tener una dependencia y por consiguiente, comenzaban el tratamiento de desintoxicación y deshabituación.

Muchos estudios defienden que, una gran parte de las mujeres heroinómanas empiezan a consumir a través de su pareja, para sentirse unidas a él, o porque se sienten presionadas para sentir también esa experiencia.

La existencia de una pareja adicta, incide negativamente en la evolución del trastorno, e incrementa el riesgo de patologías secundarias al consumo de drogas en la mujer, a diferencia de los hombres, el uso inicial de heroína en la mujer está influenciado por el hombre, especialmente por su pareja sexual que suele ser un adicto a la heroína, el varón drogodependiente no quiere que la mujer siga consumiendo por las implicaciones económicas, sociales y afectivas.

El estudio realizado por Barreda; Díaz-Salazar; De Ena; López; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica (2005, p. 31) con una población de 80 mujeres con adicción a opiáceos en todo el territorio nacional señala que, “la influencia de la pareja drogodependiente es fundamental para la reanudación del consumo de heroína en la mujer drogodependiente”.

Las adicciones traen consigo todo tipo de problemas, varios de ellos en el hogar, siendo las siguientes algunas de las principales consecuencias familiares del consumo de drogas:

- Abandono de las responsabilidades económicas, es decir, el adicto se desentiende por completo de las aportaciones monetarias que solía realizar a la familia
- Por otra parte, también se presenta el abandono de las responsabilidades afectivas, ya que al enfermo deja de importarle cualquier tipo de atención emocional que solía tener con los miembros de su familia
- El incremento en la crisis financiera también es algo muy común, pues el adicto desviará alguna parte de sus ingresos para poder adquirir droga, dejando de lado incluso las necesidades económicas básicas del hogar
- Normalmente el consumo de drogas se relaciona con situaciones de maltrato
- El adicto suele perder cualquier tipo de autoridad en el hogar, ya que los demás miembros de la familia dudan de su capacidad para tener control y/o liderar a los demás lo cual se entiende perfectamente; después de todo, ha caído en las adicción a las drogas, demostrado no tener siquiera control sobre su propia vida.
- Cambios en las costumbres familiares; nada será igual teniendo un adicto en casa, los miembros de la familia cambian sus hábitos para adaptarse de la mejor manera a la forma de actuar del enfermo.
- Episodios de violencia ya sea física, verbal y/o incluso sexual, los cuales pueden o no ser recurrentes, dependiendo de la personalidad del adicto.
- Intentos de suicidio que de ser fructíferos, podrían conducir evidentemente a la muerte.
- La disolución de vínculos afectivos a nivel de pareja, es decir, la separación y/o el divorcio, dependiendo de cada caso.
- A su vez, dicha separación conducirá casi de forma segura, a problemas legales, tratando de resolver asuntos como la separación de bienes y la custodia de los hijos.
- Todo lo anterior indudablemente conducirá al deterioro en la calidad de vida de todos los miembros quienes conforman el núcleo familiar (Fundación di no a las drogas, 2014).

En cuanto a las consecuencias sociales Los adictos, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación Barreda; Díaz-Salazar; De Ena; López; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica (2005)

Cuando se comienza a necesitar más la sustancia, que a las mismas personas, esto puede ocasionar la destrucción de las relaciones íntimas y la pérdida de las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como “solución” o “escape” Barreda; Díaz-Salazar; De Ena; López; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica (2005, p. 31)

Otras consecuencias fuera del tema de la investigación que puede tener el consumo de drogas y que queremos destacar son, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas, este puede privar a la familia de satisfacciones vitales como: comida, ropa, entre otras. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestación Barreda; Díaz-Salazar; De Ena; López; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica (2005)

Según Rojas (2016) una de las áreas que más se afecta por el consumo de sustancia es la familia. Estudios indican que los familiares pueden desarrollar depresión, ansiedad, estrés y fatiga por compasión a consecuencia del manejo y cuidado de algún familiar con uso problemático de sustancias. El impacto en la pareja de el/la usuario/a va desde lo económico hasta lo psicológico, ya que el dinero que va destinado a gastos del hogar es utilizado en la adquisición de sustancias y la pareja puede asumir una posición de proveedor/a. En cuanto a lo psicológico, el familiar pudiera experimentar soledad, enojo, estrés, ansiedad,

desespero, estigma y vergüenza a consecuencia de los problemas relacionados al consumo de sustancias de la pareja.

En las familias reconstruidas, los efectos son la falta de integración y estabilidad de los miembros de la familia, tensión entre los familiares, falta de confianza y comunicación defectuosa, entre otras cosas (Rojas, 2016).

El uso problemático de sustancias es un fenómeno que, no solo afecta al que consume drogas, sino que impacta el sistema familiar, ya que los familiares asumen la responsabilidad y la culpa por las conductas de la persona adicta. Es imperativo que los tratamientos de recuperación incluyan a la familia, a fin de lograr concienciar sobre este problema e incentivar la integración de los miembros que componen la familia. El éxito radica en que la familia reciba validación y apoyo. Es de suma importancia que los familiares busquen ayuda para que logren ventilar sus emociones en cuanto a este problema. Por último, que comprendan que el enojo, la frustración y la tristeza son válidos en este proceso y que hacen lo mejor que pueden con los recursos que tienen (Rojas, 2016)

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

A continuación se expondrá diversos conceptos relacionados con las drogas.

2.1 LAS DROGAS

Fernández-Espejo (2002, p.659) indica que “droga es toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc. Por tanto, las drogas inducen adicción y refuerzan la conducta asociada a su uso. El cese en el consumo de la droga adictiva induce abstinencia, conjunto de molestias emocionales y físicas que duran unos días, y cuya intensidad depende del tipo de droga. Evitar la abstinencia es también otra causa de búsqueda y recaída en la droga (reforzador negativo)”.

Se concibe el término de droga como “toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede producir modificaciones en el mismo. Actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), que es el encargado de coordinar y controlar los diferentes órganos y funciones del cuerpo“(Carpentieri; Cejas; García; Puyol; Santana y Tosco, 1999, p.17).

Además, encontramos quienes afirman que se trata de un término de uso variado. “En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, en menor parte, por sus efectos psicoactivos.” (Organización Mundial de la Salud 1969, p. 2).

“La droga genera dependencia en aquellas personas que la consumen con frecuencia. Si aludimos al manual DSM-IV-TR define los criterios para la dependencia de sustancias Como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)” (DSM-IV-TR. p.40).

La FAD señala que la dependencia con respecto a una droga, es la necesidad que tiene una persona de consumir esa sustancia debida al uso prolongado de la misma. (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 1998).

Cabe destacar que dicha dependencia va a diferir según el tipo de sustancia, la dosis, es decir, con la cantidad consumida así como la forma de consumo. Aunque la mente y el cuerpo están relacionados y se influyen mutuamente, pueden distinguirse dos tipos de dependencias: la física y la psicológica. Haciendo referencia a la primera, es la que se crea en el organismo de una persona debido al consumo continuado de una sustancia, de manera que necesita dicha sustancia para funcionar con normalidad. En cuanto a la segunda, se desarrolla cuando una persona siente la necesidad de consumirla debido a los efectos positivos que le ha proporcionado su gestación. (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 1998).

No hay que confundir el término “abstinencia” con la expresión “síndrome de abstinencia” o con un término más anticuado como el de “síndrome de privación” (Glosario de términos de alcohol y drogas OMS, 1994, p.11)

Según (OMS, 1969. p.3) define el síndrome de abstinencia como un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastornos fisiológicos. Es un síndrome específico para cada sustancia toxica. La intensidad del síndrome de abstinencia depende: Sustancia; Dosis; Tiempo de interrupción, Significado del consumo para el toxicómano; Características psicopatológicas de este; Tolerancia al estrés y Estado físico.

Según el (DSM-IV, 2002) define el abuso de drogas como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes, relacionadas con el consumo repetido de sustancias. En los criterios de abuso no se incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y en su lugar se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

El término tolerancia, hace referencia al estado de adaptación del organismo a una sustancia, de forma que para obtener el efecto inicial que está produciendo, sea necesario aumentar progresivamente la dosis (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 1998).

Se denomina tolerancia cruzada a la que se pueden producir por drogas del mismo tipo, es decir, al proceso de generalización de la tolerancia por el cual ésta no solo aparece ante una droga determinada, sino también ante otras de características similares. Por ejemplo: la heroína, la morfina o del alcohol y los barbitúricos.

Las sustancias que desarrollan tolerancia de mayor a menor cantidad son: los opiáceos y los inhalantes; el alcohol y las anfetaminas y los hipnóticos y el tabaco. Sin embargo, podemos encontrar otras que no producen tolerancia tales como la cocaína, los derivados de cáñamo y la cafeína (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 1998).

El término tolerancia hace referencia a la “disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido.” (Glosario de términos de alcohol y drogas OMS, 1994, p. 61).

Podemos también hacer referencia a cinco tipos de consumidores según (Vergara, 2014, p.5).

- “Consumidor experimental: es aquella persona que prueba la droga una vez por curiosidad.
- Consumidor recreacional: es aquella persona que consume de forma esporádica, de tipo social.
- Consumidor habituado: este consumidor se droga una o más veces al día y también lo hace para mantener el estado de ánimo, psicológico o físico.
- Consumidor adicto: la causa más común de su consumo es la necesidad permanente y compulsiva de experimentar el estado psicológico y físico que la droga produce.
- Consumidor circunstancial: este tipo de consumidor ingiere drogas para buscar una necesidad de un apoyo fácil, para poder enfrentar un conflicto o una situación determinada. Este consume cada vez más para poder sentir una sensación de bienestar.”

2.1.1 Clasificación de las drogas

Existen diversas clasificaciones de las drogas, de las que se han seleccionado cuatro: Por un lado, encontramos aquella que hace referencia a la afectación sobre el sistema nervioso central (SNC) y por otro, la que plantea la codificación sociocultural.

Cuadro 1: Clasificación según los efectos en el SNC.

Clasificación según los efectos en el SNC
Las drogas depresoras del S.N.C.: sustancias que bloquea el funcionamiento del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Los más importantes de este grupo son: Opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos y alcohol.
Las drogas estimulantes del S.N.C: son sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, destaca en este grupo: las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y las drogas de diseño.
Las drogas perturbadoras del S.N.C: sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones etc.: entre ellas se encuentran alucinógenos, derivados del cannabis, inhalante y drogas de diseño.

Fuente: Elaboración propia, recogida en (Carpentieri; Cejas; García; Puyol; Santana y Tosco, 1999).

Cuadro 2 Clasificación de Shuckit

CLASIFICACIÓN DE SHUCKIT	
CLASES	EJEMPLOS
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes simpatomiméticos del SNC	o Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoídes	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Elaboración propia, recogida en (Carpentieri; Cejas; García; Puyol; Santana y Tosco, 1999).

Cuadro 3: Clasificación de las drogas según la codificación social-cultural de su consumo.

SEGÚN LA CODIFICACIÓN SOCIOCULTURAL DE SU CONSUMO
Drogas institucionalizadas y/o legales: Son aquellas que tienen un uso social aceptado, normativo. Están comercializadas e incluso se publicitan en los medios de comunicación social, a pesar de ser las drogas que más problema generan a nivel socio sanitario. Destacan el alcohol, el tabaco, los fármacos.
Drogas no institucionalizadas y/o ilegales: la venta esta sancionada por la ley. Su uso y abuso genera alarma social, producto de algunos comportamientos de delincuencia y marginalidad de los que consumen. Entre otras, destacan los opiáceos, la cocaína, los alucinógenos, los derivados del cannabis y las drogas de diseño.

Fuente: elaboración propia, recogida en (Carpentieri; Cejas; García; Puyol; Santana; Tosco, 1999).

Cuadro 4: clasificación de las drogas según el grado de dependencia.

Clasificación de las drogas según su grado de dependencia.	
Grupo 1	Opio y derivados
Grupo 2	Barbitúricos y alcohol
Grupo 3	Psicoestimulantes (cocaína, anfetamina), éxtasis, fenciclidina
Grupo 4	Cannabis y derivados, mescalina, LSD, nicotina

Fuente: elaboración propia recogido en (Fernández-Espejo, 2002, p.661).

2.1.2 Los opiáceos

Se llaman opiáceos a las moléculas de origen natural o apenas modificado, que se hallan presentes en cualquier parte o producto derivado de una amapola. Las moléculas opiáceas más importantes son: morfina, papaverina, codeína, noscapina y tebaína. Sus efectos farmacológicos más característicos son inducir sueño, reducir la velocidad del tránsito intestinal, aliviar el dolor y reducir la tos. En muchas ocasiones los términos opiáceos y opioides se usan de forma intercambiable (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens.; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

Los opioides son las moléculas con efectos farmacológicos semejantes a los opiáceos pero que no tienen origen en las moléculas naturales citadas antes, sino en otras, sintetizadas en laboratorios químicos. Algunos de ellos, fentanilo por ejemplo, llegan a ser hasta 500 veces más potentes que la morfina, considerada la molécula de referencia entre los opiáceos (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens.; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

La heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso sino que también es el de acción más rápida. Esta se procesa de la morfina, sustancia que ocurre naturalmente y que se extrae de la bellota, de ciertas variedades de amapolas o adormideras (NIDA, 2005).

En base al grado de pureza y origen, la heroína se puede clasificar en varios tipos:

Heroína nº 2 o heroína base: procedente del sudeste asiático y fácilmente obtenible. Tras los oportunos procesos químicos, puede convertirse en los números 3 y 4. Es de color blanco u oscuro y se usa de manera inyectada o fumada (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens.; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

Heroína nº 3 o heroína marrón: es la heroína que se emplea para fumar. Aparece mezclada con otras sustancias como cafeína, esticnina, azúcares, etc. Su contenido en heroína oscila entre un 25 y un 50% (Moya; González; Sánchez;

Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens.; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

nº 4: Heroína clorhidrato o heroína blanca, también conocida popularmente como Tailandesa. Su uso es principalmente intravenoso. Tiene el porcentaje más elevado en principio activo, superando muchas veces el 90% de riqueza en origen. Heroína negra: Conocida en la calle como “goma” o “alquitrán negro”. De aspecto similar a la brea de color oscuro, es una sustancia negra pegajosa de procedencia americana, con una riqueza del 20% (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens.; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

2.1.3 Efectos que produce la heroína

Los efectos de la heroína a largo plazo son La adicción que es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso. Al igual que con las personas que abusan de otras drogas adictivas, los abusadores de heroína gradualmente gastan cada vez más tiempo y energía obteniendo y usando la droga. Una vez ya adictos, el propósito primordial en la vida del abusador de heroína, se convierte en la búsqueda y el uso de la droga, produciendo cambios de manera directa en el cerebro así como en sus comportamientos (NIDA, 2005).

Sin embargo a corto plazo, poco después de inyectársela (o inhalarla), la heroína cruza la barrera de la sangre al cerebro. Las personas que abusan de la heroína típicamente informan que sienten una oleada de sensaciones agradables, conocida comúnmente como "rush". Después de los efectos iniciales, los abusadores generalmente se sienten somnolientos por varias horas. Su función mental se ofusca por el efecto de la heroína en el sistema nervioso central; la función cardíaca disminuye así como la respiración, que también se deprime

enormemente, a veces hasta el punto de causar la muerte. La sobredosis de heroína puede ser particularmente peligrosa en la calle, donde no se puede determinar con certeza la cantidad y la pureza de la droga (NIDA 2005).

Por otro lado, encontraríamos los efectos inmediatos, En una primera etapa, denominada en el argot 'luna de miel', tras la administración hay un 'flash', una sensación de placer muy intensa, y a los pocos segundos un estado de sedación total y cierta euforia, con ausencia de cualquier malestar psíquico y que dura aproximadamente 2-3 horas, desapareciendo de forma progresiva.

A nivel físico produce: Sequedad de boca; Disminución del tamaño de las pupilas; Constipación intestinal; Enlentecimiento del ritmo respiratorio.

Las dosis elevadas provocan la muerte por depresión respiratoria (Centre D' Assistència Terapèutica, 2008).

2.1.4 Vías de administración

Las vías de administración más frecuentes de la heroína son la fumada en pipa o cigarrillo, conocida como "chino" y la inhalada intrapulmonar. Les sigue, en frecuencia de uso, la vía intranasal y, por último, la vía intravenosa. Para su uso intravenoso se disuelve el polvo en un poco de agua y se añaden unas gotas de limón o vinagre para incrementar la solubilidad, se calienta en una cucharilla y se carga en la jeringa a través de un filtro de un cigarrillo o algodón. (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (de 5 a 8 minutos). Cuando la heroína se inhala o se fuma, generalmente se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos. Los investigadores del National Institute on Drug Abuse de Estados Unidos (NIDA) han confirmado que todas las formas de administración de la heroína causan adicción. La inyección intravenosa está

extendida en América y en numerosos países europeos, aunque la aparición del SIDA y la presencia en el mercado de los diferentes tipos de heroína han modificado las pautas de consumo en los últimos tiempos y se ha pasado de un uso mayoritario por vía intravenosa, en el pasado, a su uso mayoritario por vía fumada. (Moya; González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

Se supone que entre un 40 a un 90% de los usuarios que se inyectan por vía intravenosa están afectados por la Hepatitis C en la UE (OEDT, 2003, s.r.f. Calafat y Becoña, 2005). Por tanto una de las tareas más importantes está en evitar o retrasar el uso de la vía inyectable y, en el caso de que la estén utilizando, intentar que cambien la vía de administración, y de no ser posible, que se adopte una serie de precauciones (no compartir jeringa, usar jeringas desechables o limpiarlas adecuadamente). España es uno de los países con un mayor índice de seropositividad. Ello realmente se está consiguiendo pues el porcentaje de adictos a la heroína que acudían por primera vez a consulta utilizando la vía endovenosa ha pasado del 50.3% en 1991 al 17,5% en el 2001, que se corresponde con el aumento de los que utilizan la vía pulmonar, que ha pasado en el mismo período del 43,4% al 74,9%.

2.2 LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA SEGÚN EL GÉNERO

Según Sánchez (2006, p.15) se puede concretar el género como “la agrupación de todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad, aquellos que en cada cultura le son asignados de manera diferencial a hombres y mujeres y que son interiorizados por cada persona. Unas características que trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos. Por tanto, se utiliza la expresión género para describir las diferencias entre hombres y mujeres, basadas en factores sociales o culturales y sexo para referirnos a las características que vienen determinadas biológicamente. La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, es una construcción cultural que condiciona de manera importante los comportamientos

de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres”.

“La visión de las drogas está en gran medida distorsionada por el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, todavía vigente en nuestra sociedad, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento inapropiado. Consumir drogas se considera una conducta masculina, coherente con un estereotipo que durante años presentó el uso de drogas como “cosa de hombres” (Sánchez, 2006, p.8).

“Un error muy habitual a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que suponen los consumos de drogas es el de considerar a la población como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y mujeres. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada, debido a que: No se le presta la debida atención a los consumos femeninos, ignorando la evidencia de que tanto hombres como y mujeres consumen drogas, así como someten a las mujeres con problemas con las drogas a un mayor nivel de rechazo o sanción social que a los hombres, no percibe que las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos son diferentes en hombres y mujeres.” (Sánchez, 2006, p. 8)

La (OMS 1969) señala que la forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones.

Abordar las drogas y las drogodependencias desde una perspectiva de género supone tener en cuenta varios aspectos: tener presente las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológicos y sociales que condicionan la motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias, y por supuesto eliminar las desventajas o supuestas desigualdades que el género establece a la hora de acudir a los servicios de prevención o asistencia a las adicciones (Moya;

González; Sánchez; Álvarez; Brime; Sendino; Farré; Bobes; Torrens; Sanchís; Flores; Luna y Díez, 2009).

El sexo es un elemento muy a tener en cuenta, pues implica bastantes diferencias tanto en el inicio como en el desarrollo de la dependencia. Las pautas culturales tienen una gran influencia en como cada uno de los sexos se relaciona con las drogas. Los cambios en la socialización que están percibiendo las mujeres están explicando que, según el Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas, en España entre 1995 y 2001 la edad media de inicio en el consumo de heroína aumentó 0,6 años, pero el comportamiento no fue homogéneo por género. Así, mientras que entre los hombres aumento un año, entre las mujeres descendió 1,8 años. De esta forma, ha cambiado el sentido de las diferencias hombre-mujer, de forma que en 1995 las mujeres iniciaban el consumo 0,3 años más tarde que los hombres y en 2001 lo hacían dos años y medio antes. Diversos estudios inciden en esta misma dirección señalando que existen diferencias tanto en la prevalencia, como en el curso o en la evolución final, pero que estas diferencias pueden estar desapareciendo en las sucesivas generaciones. No obstante esta tendencia a la equiparación en estudios recientes demuestra cómo sigue siendo todavía importante entre las mujeres el hecho de que se inicien en el consumo a través de la influencia de un compañero varón (Calafat y Becoña, 2005).

2.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN AL CONSUMO Y A LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA

La heroína y otros opiáceos presentan prevalencias de consumo muy bajas en población general. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las encuestas a población general no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias: el acceso a muchos consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2004).

2.3.1 Consecuencias de la dependencia a las drogas en especial a la heroína según el género

Según Sánchez (2006) cuando hablamos del consumo masculino con respecto al consumo femenino, no tiene el mismo significado, ni es valorado del mismo modo por los demás.

El consumo masculino es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptado, salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales. Cuando se trata de las mujeres supone un reto a los valores sociales establecidos. Por ello las mujeres con adicción a las drogas soportan un mayor grado de reproche social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social. Esta diferente respuesta del entorno social frente a los problemas de adicción a las drogas explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo (Sánchez, 2006).

El modelo tradicional de consumo de drogas vigente en nuestra sociedad hasta comienzos de los años setenta, se caracterizaba porque el uso de drogas, básicamente alcohol y tabaco, se limitaba fundamentalmente a la población masculina adulta, lo que hizo que los consumos de drogas entre las mujeres se mantuvieran en niveles reducidos. A medida que la sociedad se fue modernizando y se redujeron las desigualdades de género, las mujeres comienzan a adquirir algunas conductas de riesgo, tradicionalmente consideradas como típicamente masculinas, lo que se tradujo en un aumento sustancial de los consumos femeninos. Las mujeres, en su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, imitaron algunos comportamientos característicos del rol masculino, entre ellos el uso de drogas. A pesar de ello, y con la única excepción de los tranquilizantes, los consumos de drogas siguen siendo hoy día claramente superior entre los hombres (Sánchez, 2006).

Las mujeres son biológicamente más propensas a hacerse adictas a las drogas, y aunque los estudios de prevalencia reflejen, paradójicamente, que los

hombres son mayores consumidores, numerosas investigaciones contestan que ellas corren, además, más riesgo de recaer tras un periodo de abstinencia. El profesor de Psicobiología de la Universidad de Valencia, José Miñarro, experto en este campo, explica que "desde el punto de vista biológico hombres y mujeres son diferentes, y por ello es lógico que los efectos que las drogas producen en nuestro sistema nervioso central sean también diferentes", y a ello, hay que sumar, el factor sociocultural que anima al consumo (20 minutos, 2009).

Miñarro, que ha participado en el ciclo Hombres contra mujeres. Cerebro e inteligencia, organizado por el Museo Cosmocaixa de Barcelona, afirma que el principal sistema neurobiológico que responde ante las drogas es el sistema dopaminérgico, que se comporta de forma desigual según el sexo. Además, las hormonas gonadales parecen ejercer un "efecto modulador" sobre los sistemas que median en la conducta del consumo de drogas, en especial la progesterona (20 minutos, 2009).

Autores como Villar (2014, p.4) "relata que el concepto de género es una construcción cultural que atribuye una serie de características, preferencias y expectativas diferentes a hombres y mujeres, la condición biológica de las mujeres y su identificación cultural con la maternidad ha provocado que exista una lectura muy ligada al hecho de ser madre (o estar potencialmente en capacidad de serlo) para estigmatizar con mayor ferocidad a las mujeres que consumen o que incursionan en el mundo de las drogas no solo por el daño potencial a ellas mismas sino también - y principalmente - por exponer a sus hijas e hijos a adquirir dependencia o ser expuestos a la criminalidad asociada a las drogas. Todo esto bajo el supuesto de que es la mujer quien se hace responsable del cuidado y crianza de su progenie, en muchos casos, de forma exclusiva".

A pesar del creciente reconocimiento sobre la importancia de evidenciar los vínculos y el impacto de los problemas sociales en mujeres y hombres de forma diferenciada utilizando un enfoque o perspectiva de género, no existen aún datos estadísticos, información cualitativa ni análisis de género suficientes para conocer

más y mejor en qué medida y de qué forma el problema mundial de las drogas afecta específicamente a mujeres y hombres. El aislamiento social y la condición de marginalidad económica que han vivido y viven aún las mujeres han moldeado la manera de formular y aplicar las políticas públicas relativas a las drogas ilícitas (Villar, 2014).

En otros estudios podemos observar que, “la mujer que consume alcohol u otro tipo de drogas es percibida, como una persona que presenta una cierta desviación de su rol y por ello está más estigmatizada. Se la percibe más fácilmente como una persona promiscua, como una “presa fácil” de conquistas sexuales, por lo que puede ser más vulnerable a ser víctima de abusos sexuales o maltrato. La mujer que bebe o se droga está más fácilmente identificada con una persona que presenta una cierta “deficiencia moral”, por lo que cuando es víctima de abuso o maltrato puede tenderse a valoraciones que minimicen la gravedad de la agresión. Se puede llegar a responsabilizar a la propia mujer del abuso sufrido, ya que se encontraba en un estado que no es propio de una mujer, por lo tanto que el abuso sea entendido como la consecuencia de una actitud de riesgo que ella misma ha provocado. Esta es una manera de desresponsabilizar a los hombres ante lo ocurrido, ya que encuentran una justificación, o al menos un atenuante, a la hora de valorar sus actos de abuso” (Altell y Plaza, 2005 s.r.f. Farapi, 2009. p.70).

2.3.2 Factores de riesgo en la mujer ante el consumo de drogas

Existen factores de riesgo generales, es decir, que se presentan tanto en el hombre como en la mujer. Pero, parece que, partiendo de los datos hasta ahora existentes, se hace evidente la presencia de factores de riesgo específicos en la mujer cuya presencia las hace más vulnerables a presentar un abuso de sustancias psicoactivas.

El estrés, producto de un mundo en cambio, en el que la mujer asume nuevos roles sin contar, en muchos casos, con el soporte social necesario.

- Las relaciones sexuales no satisfactorias.

- El uso inadecuado del tiempo libre y del ocio.
- La falta de posibilidades para estudiar o trabajar.
- La presión de la pareja para que no trabaje.
- El fracaso escolar, desarraigo laboral, insatisfacción personal, vulnerabilidad social...
- La carencia de información sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas.
- Acoso o abuso sexual: muchas mujeres que consumen drogas manifiestan haber sido víctimas de acoso o abuso sexual inclusive de violaciones por parte de un familiar cercano y realizan esta ingesta de drogas muy probablemente como un mecanismo de defensa, así como muchas de ellas se automedican para aliviar los sentimientos de ansiedad, culpa, miedo y cólera que son resultado de la violencia la Guía Mujer y Drogodependencia de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares (2007).

Existen múltiples factores que incrementan el riesgo o la probabilidad de que una persona se inicie al consumo de las diferentes drogas, de que repita esta conducta o de que acabe abusando o dependiendo de estas sustancias. Muchos de estos factores son comunes a hombres y mujeres, pero otros inciden de forma particular sobre las mujeres:

A) "Factores individuales:

- Presencia de trastornos afectivos de tipo depresivo.
- Baja autoestima.
- Estrés y ansiedad.
- Tristeza, frustración o soledad.
- Aislamiento y soledad.
- Necesidad de superar la timidez y de mejorar la sociabilidad.
- Abusos sexuales en la infancia o la adolescencia.
- Necesidad de conexión y miedo a la desconexión respecto a la pareja (cuando la misma es consumidora de drogas)

- Acompañamiento en el consumo a la pareja en busca de su aceptación; Presencia de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia); Insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales
- Insatisfacción personal, imposibilidad de cubrir los ideales femeninos de género y las exigencias derivadas del mismo” Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. *Guía Género y Drogas* (2012, p. 33).

La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas o de conductas de abuso de estas sustancias en numerosas mujeres.

B) “Factores familiares y relacionados con la pareja:

- Presencia de patologías mentales en la familia.
- Padre/madre consumidores de drogas.
- Problemas de alcoholismo u otras drogodependencias en la familia.
- Pareja consumidora de drogas.
- Desintegración familiar y/o ruptura de lazos con la familia.
- Distanciamiento emocional de los padres.
- Pérdida traumática de familiares.
- Conflictos familiares y de pareja; Separaciones o divorcios.
- Relaciones sexuales insatisfactorias; Violencia de género.
- Débiles vínculos afectivos (con la pareja, el padre, la madre o los hijos).
- Estilo educativo paterno/materno autoritario.” Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. *Guía Género y Drogas* (2012, p. 34).

El análisis de los factores asociados a los consumos de drogas que inciden de una forma especial sobre las mujeres, ponen de relieve que los consumos femeninos se caracterizan por:

- “Ser una forma (inadecuada) de respuesta a determinados estados emocionales carenciales o problemas psicológicos: con frecuencia las mujeres consumen drogas con la (falsa) esperanza de poder hacer

frente o evitar problemas como estrés, ansiedad, soledad, depresión, etc.

- Son una forma de evadirse de un entorno familiar conflictivo u hostil.
- Actuar como instrumentos o mecanismos facilitadores de la sociabilidad femenina y de su presencia en espacios públicos” Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. *Guía Género y Drogas* (2012, p. 34).

2.3.3 Consecuencias físicas

La dependencia física se desarrolla con dosis más altas de la droga. Con esta, el cuerpo se adapta a la presencia de la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan si su uso se reduce abruptamente. Este síndrome puede ocurrir pocas horas después de la última vez que se usó la droga. Sus síntomas incluyen inquietud, dolor en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos con piel de gallina y movimientos de las piernas. Los síntomas agudos del síndrome de abstinencia alcanzan su punto máximo entre 24 a 48 horas después de la última dosis de heroína y se apaciguan aproximadamente en una semana. Sin embargo, algunas personas muestran signos persistentes del síndrome de abstinencia por muchos meses. La abstinencia a la heroína nunca es fatal para adultos saludables, pero puede ser mortal al feto de una adicta embarazada (NIDA, 2005).

Los embarazos de mujeres consumidoras de opiáceos son considerados como de alto riesgo, siendo frecuentes: Los abortos espontáneos. Los partos prematuros o con retraso del crecimiento. Las muertes fetales intrauterinas (Sánchez, 2006)

Los hijos de estas, tienen como riesgo añadido la posibilidad de transmisión de la infección materna por hepatitis B o VIH/Sida. Entre el 60% y el 80% de los nacidos de madres heroinómanas presentan en el momento del nacimiento un síndrome de abstinencia en diversos grados. Guía informativa: Drogas y Género; (Sánchez, 2006).

2.3.4 Consecuencias socio-familiares

Entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia (Insulza, 2013).

La violencia constituye un problema de salud pública, con altos costos individuales, sociales y económicos. En el contexto de problemas sociales de las drogas, la violencia se manifiesta de muchas formas, desde los conflictos a gran escala sobre la producción y el tráfico, a los delitos de la calle que se cometen bajo los efectos de sustancias o para obtener dinero y proveerse de drogas. Los tipos de violencia y delito asociados con las drogas varían de país a país, dependiendo de los problemas que presentan y las políticas públicas que han adoptado. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos hay muy altos niveles de consumo, tanto ocasional como problemático, bajo nivel de tráfico, altos niveles de violencia y muy altos niveles de delitos en el que incurren las personas drogodependientes, ya sea bajo intoxicación o como mecanismo para obtener las drogas en un mercado ilegal. México, en cambio, tiene tasas más bajas de consumo ocasional y problemático, muy altos niveles de tráfico y violencia, pero el crimen que puede atribuirse a los usuarios es aún bajo (Insulza, 2013).

De acuerdo al modelo ecológico, la violencia de género es un fenómeno multicausal y tanto su ejercicio, como la probabilidad de ser víctima de la misma, resultan de la interacción de cuatro factores: individuales, relacionales, comunitarios y sociales. En el nivel individual, se identifican factores de riesgo como la carga genética y las características sociodemográficas del sujeto. La dinámica que sostiene el individuo en sus relaciones interpersonales más próximas compone el nivel relacional (Insulza, 2013).

Autores como Rodrigo y Palacios (1993, s.r.f. Martín y Peraza, 2007), señalan que los padres no solo son los promotores del desarrollo de sus hijos, si no que a su vez, ellos mismos son sujetos en proceso de desarrollo, de donde van a emerger una serie de funciones de la familia, tales como: construir a personas adultas con un determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo,

que le permita experimentar un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.

Según la Guía Mujer y Drogodependencia de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares (2007) las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar. La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo o su demora hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles. Esta percepción, el significado de los consumos en clave de género, está muy condicionada por el factor generacional. Por ello, a diferencia de lo que ocurre con los adultos, los adolescentes y jóvenes, educados en valores que defienden la igualdad entre hombres y mujeres, ven con normalidad que hombres y mujeres compartan las mismas conductas y hábitos.

3. OBJETIVOS

En el siguiente apartado se presentaran los objetivos tanto generales como específicos que se han pretendido conseguir durante el transcurso de la investigación.

3.1 OBJETIVO-GENERAL

- Conocer las consecuencias del consumo de heroína en las mujeres.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Concretar las consecuencias sociales sobre el consumo de heroína en las mujeres.
- Indagar las consecuencias familiares que tiene el consumo de heroína en las mujeres.
- Conocer las consecuencias laborales que tiene el consumo de heroína en las mujeres.
- Indicar las consecuencias sobre la salud que tiene el consumo de heroína en las mujeres.
- Explorar las consecuencias que produce el consumo de heroína en las mujeres embarazadas.

4. MÉTODO

En el siguiente apartado quedará recogido la forma en la que se elaboró la investigación.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

El presente proyecto responde a un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, se elaboró una batería de preguntas, las cuales se ha indagado en las historias clínicas de las mujeres consumidoras de heroína que han sido atendidas en los últimos dos años en la UAD de Santa Cruz de Tenerife de San Miguel Adiciones.

4.2 VARIABLES

Las variables que vamos a estudiar son:

- Sexo.
- Edad.
- Nacionalidad.
- Estado civil.
- Convivencia en el domicilio.
- Composición familiar.
- Nivel de estudio.
- Ingresos económicos.
- Situación laboral.
- Inicio del consumo.
- Otras drogas consumidas.
- Como acuden al servicio.
- Apoyo familiar.
- Familiares consumidores.
- Relación familiar.
- Actividades de ocio:
 - Personas con la que realiza la actividad.
 - Tipo de actividad.
 - Realización de actividades cotidianas.

- Consecuencias:
 - Familiares.
 - Sociales.
 - Laborales.
 - Salud.
- Maltrato:
 - Tipo de maltrato.
 - Persona que ha realizado el maltrato.
- Pareja consumidora.
- Prostitución.
- Suicidio.

4.3 POBLACIÓN PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

En cuanto a la población que estudiamos, fueron mujeres de diferentes edades, pertenecientes a la UAD de Santa cruz de Tenerife de la Asociación San Miguel Adicciones en un periodo de tiempo de dos años.

En cuanto al periodo de tiempo empleado para el desarrollo de la investigación fue desde febrero, comenzando con el marco teórico y la formulación del proyecto, la recogida de datos se llevó a cabo durante el mes de junio de 2017.

4.4 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se ha hecho a través de una batería de preguntas y la observación de la historia clínicas de las mujeres, respetando siempre su identidad.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto a la técnica de análisis de datos, se han analizado las variables sociodemográficas y específicas de manera independiente, manejando técnicas

de estadísticos descriptivos (tablas de frecuencias). Para ello se han utilizado programas informáticos como el SPSS y el Excel.

4.6 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

En lo referente a las técnicas de recogida de información, se ha optado por un estudio cuantitativo, y por el uso de técnicas cuantitativas.

Así se consultaron las historias clínicas de las treinta y cinco mujeres que demandaron tratamiento, por dependencia a la heroína, desde enero del 2015 a la actualidad. Se contó con el apoyo de una ficha de recogida de información, elaborada para tal fin, esta podemos verla en el anexo.

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado, mostraremos los datos obtenidos tras la investigación realizada en la UAD de Santa Cruz de Tenerife de la Asociación San Miguel Adicciones.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Tabla 1. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según el sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Transexual	2	5,7
Mujer	33	94,3
Total	35	100,0

Pese a que el perfil analizado a lo largo de la investigación son mujeres, cabe destacar que dos de las treinta y cinco usuarias son transexuales, es decir, el 5,7% de la población analizada.

Tabla 2. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según edad.

	Frecuencia	porcentaje
De 26 a 35 años	6	17,1
De 36 a 45 años	13	37,1
De 46 a 55 años	13	37,1
De 56 a 65 años	3	8,6
TOTAL	35	100,0

En cuanto a la edad de las mujeres podemos observar que la mayoría se encuentra en una edad comprendida entre los treinta y seis y los cuarenta y cinco años, correspondiéndoles el 37,1% de la población. No obstante, con el mismo porcentaje nos encontramos a mujeres de cuarenta y seis a cincuenta y cinco años de edad. Por otro lado, es destacable el bajo porcentaje propio de las mujeres de entre cincuenta y seis y sesenta y cinco años de edad, pues suponen tan solo el 8,6% del estudio.

Tabla 3. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su nacionalidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Extranjera	6	17,1
Española	29	82,9
Total	35	100,0

Haciendo referencia a la nacionalidad correspondiente a las treinta y cinco mujeres, podemos destacar que seis de ellas presentan nacionalidad extranjera, mientras que el resto tienen la nacionalidad española, suponiendo el 17,1% y 82,9% respectivamente.

Tabla 4. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su estado civil.

	Frecuencia	porcentaje
Soltera	20	57,1
Casada	1	2,9
Separada	3	8,6
Divorciada	4	11,4
Viuda	2	5,7
Convivencia en pareja	5	14,3
TOTAL	35	100,0

En cuanto al estado civil, nos encontramos que el 57,1% de las mujeres son solteras. Frente a un minoritario porcentaje que representa a las mujeres casadas, el 2,9%, dato importante también es el de las mujeres que están casadas o conviven con su pareja, estas se presentan con la suma total de 17,2%

Tabla 5. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según la convivencia en el domicilio.

	Frecuencia	porcentaje
Sola	7	20,0
Familia adquirida	8	22,9
Familia de origen	12	34,3
Familia de acogida	1	2,9
Otros	7	20,0
TOTAL	35	100,0

En esta variable podemos observar como el 34,3% de las mujeres residen en el domicilio familiar, frente a un 2,9% que expresan convivir con la familia de acogida, aun así un 20% de las mujeres residen en el Centro de Inserción Mercedes Pinto o en otros servicios de alojamiento (Albergue Municipal, Proyecto Lázaro)

Tabla 6. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su composición familiar.

	Frecuencia	porcentaje
Padres	20	57,0
Hermanos	9	26,0
Pareja	14	40,0
Hijos	28	80,0
Otros	1	3,0
TOTAL	72	

Queremos dejar constancia de que a lo largo de la investigación, nos encontraremos con diversas tablas que presentarán respuestas múltiples, tal como la presente. Esto quiere decir que las mujeres analizadas, han podido contestar a más de una respuesta. En relación directa a ello, nos encontraremos ante el aumento de la frecuencia. A diferencia de las demás, la frecuencia no coincidirá con el número de mujeres investigadas, sino con el número de

respuestas obtenidas. Cabe destacar que el porcentaje representado en la tabla no corresponde a la frecuencia reflejada, sino al número de mujeres encuestadas, es por ello, que la suma total del porcentaje no aparece recogido.

Ahora, representando la tabla, podemos observar que el 80% de las mujeres manifiestan tener hijos, aunque la gran mayoría no conviva con ellos, tan solo un 40% tienen pareja y solamente una, no ha compartido ninguno de los ítems anteriores puesto que reside en el Centro Inserción Mercedes Pinto.

Tabla 7. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su nivel de estudios.

	Frecuencia	porcentaje
Primaria	16	45,7
Secundaria	14	40,0
bachillerato	3	8,6
Estudios universitarios	1	2,9
Otros	1	2,9
TOTAL	35	100,0

Podemos observar que el mayor porcentaje de la población ha realizado estudios primarios, representando así el 45,7% mientras que un 2.9% ha realizado estudios universitarios, aun así, el 85,7 de mujeres tienen la ESO y primaria, Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Tabla 8. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según sus ingresos económicos.

	Frecuencia	porcentaje
Fijos	2	5,7
Subsidio por desempleo	1	2,9
Pensión contributiva	1	2,9
Pensión no contributiva	5	14,3
Ningún ingreso	20	57,1
Otros	6	17,1
TOTAL	35	100,0

Haciendo alusión a los ingresos económicos adquiridos, el 57,1% de las mujeres no reciben ningún tipo de ingreso económico, tan sólo el 5,7% obtienen ingresos, siendo estos de carácter fijo, el 14,3% están cobrando una PNC.

Tabla 9. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su situación laboral.

	Frecuencia	porcentaje
Trabajando con contrato	1	2,9
Trabajando sin contrato	1	2,9
desempleada	29	82,9
Incapacidad permanente	3	8,6
Pensionista	1	2,9
TOTAL	35	100,0

Tal como podemos observar en esta tabla, queda reflejado un alto porcentaje de mujeres que se encuentran en situación de desempleo, es decir un 82,9%, por otro lado, tenemos un 2,9%, que hace alusión a una mujer que está trabajando con contrato, el mismo porcentaje, aparece cuando hablamos de una mujer que está trabajando pero sin contrato, por último podemos destacar que el 8,6% tiene una incapacidad permanente.

5.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA RELACIONADA CON EL CONSUMO

Tabla 10. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su inicio al consumo de las drogas.

	Frecuencia	porcentaje
Menos de 15 años	7	20,0
De 16 a 25 años	15	42,9
De 26 a 35 años	9	25,7
De 36 a 45 años	4	11,4
TOTAL	35	100,0

Es destacable, el alto porcentaje de mujeres que iniciaron su consumo en edades comprendidas de dieciséis a treinta y cinco años, es decir, el 68,6%. Y, aunque no se trate del porcentaje más bajo, queremos destacar que el 20% de las mujeres iniciaron su consumo siendo menor de quince años, también es importante observar que cuatro mujeres iniciaron el consumo en edades comprendidas de treinta y seis a cuarenta y cinco años.

Tabla 11. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según otras drogas consumidas.

	Frecuencia	porcentaje
Tabaco	32	91,0
Alcohol	7	20,0
Cocaína	11	31,0
Cannabis	8	23,0
Otros	7	20,0
TOTAL	65	

La presente tabla hace referencia a lo ya expuesto en la tabla número seis. Queremos destacar que el 91% de las mujeres consumen tabaco además de la droga principal. Cuando hablamos de otros, hacemos referencia al crack,

observamos que el 20% de las mujeres lo consumen, el 31% de las mujeres consumen cocaína aparte de la droga principal y el 23% consume cannabis aparte de heroína.

Tabla 12. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según acude al servicio.

	Frecuencia	Porcentaje
Decisión personal	13	37,1
Instituciones	13	37,1
Otros	9	25,7
TOTAL	35	100,0

Podemos comprobar que existe una equidad cuando hacemos referencia a la manera que han utilizado las mujeres para acudir al servicio, vemos que el 37,1% de las mujeres acuden al mismo de manera voluntaria, por otro lado el mismo porcentaje hace referencia a las instituciones de: servicios sociales y/o su médico de atención primaria.

Tabla 13. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su apoyo familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	48,6
No	18	51,4
TOTAL	35	100,0

Pese a la pequeña diferencia existente entre ambas respuestas, podemos observar que, son más las mujeres que no reciben apoyo por parte de sus familias, que las que lo reciben.

5.3 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA RELACIONADA CON LA FAMILIA

Tabla 14. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según sus familiares consumidores.

	Frecuencia	porcentaje
Si	12	34,3
No	21	60,0
NS/NC	2	5,7
TOTAL	35	100,0

A diferencia de la tabla anterior, en esta observamos una gran discrepancia en los porcentajes expuestos, un 60% de los familiares de las mujeres dependientes a la heroína no son consumidores, frente a un 34,3% que sí lo son, algunos de estos familiares también son usuarios de la UAD donde se ha hecho la investigación.

Tabla 15. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según su relación familiar.

	Frecuencia	porcentaje
Buena	11	31,4
Regular	7	20,0
Mala	2	5,7
No existe relación	15	42,9
TOTAL	35	100,0

En cuanto a la relación familiar que presentan las mujeres dependientes a la heroína, el 42,9% manifiestan no tener relaciones con sus familiares, un 5,7%, refiere que si existe relación, pero esta es de carácter negativo, sin embargo, el 31,4% de las mujeres manifiestan tener buena relación y un 20% aseguran tener una relación regular.

Tabla 16. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según la realización de actividades de ocio y tiempo libre.

	Frecuencia	porcentaje
Si	5	14,3
No	30	85,7
TOTAL	35	100,0

Haciendo hincapié en las actividades de ocio y tiempo libre realizadas por las mujeres analizadas, vemos un claro resultado en cuanto a las que no realizan ningún tipo de actividad, pues suponen un 85,7%, frente a un 14,3% que si las realizan.

Tabla 17. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según la persona con la que realiza la actividad.

	Frecuencia	porcentaje
Familia	2	40,0
Otros	3	60,0
TOTAL	5	100,0

Tal y como hemos podido observar con anterioridad, del 14,3% de las mujeres que si realizaban actividad, el 40% las realizan con sus familiares, el 60%, las realizan o bien solas, o con amigos.

Tabla 18. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según el tipo de actividad que realiza.

	Frecuencia	porcentaje
Salir a pasear	1	20,0
Actividades deportivas	2	40,0
Otros	2	40,0
TOTAL	5	100,0

Como ya hemos dicho, el 14,3% de las mujeres realizaban actividades, podemos observar que, el 20% de las mujeres salen a pasear, el 40% realizan actividades deportivas y el 40% de otros, se presentan con dos mujeres que están estudiando ciclos formativos de grado medio.

Tabla 19. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según la realización de actividades cotidianas.

	Frecuencia	porcentaje
Si	5	100,0
TOTAL	5	100,0

En cuanto a las actividades del hogar la totalidad de las mujeres, realizan actividades cotidianas, estas mismas son las que realizan actividades de ocio y tiempo libre.

5.4 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE HEROÍNA EN LAS MUJERES

Tabla 20. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD que hayan sufrido o no consecuencias negativas durante el consumo.

	Frecuencias	porcentaje
Si	35	100,0
TOTAL	35	100,0

La tabla muestra que la totalidad de mujeres analizadas, han sufrido consecuencias negativas producto del consumo o y dependencia a la heroína.

Tabla 21. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según sus Consecuencias.

	Frecuencia	porcentaje
Familiar	34	97,0
Social	34	97,0
Salud	35	100,0
Laboral	28	80,0
TOTAL	131	

La presente tabla hace referencia a lo ya expuesto en la tabla número seis.

Todas las mujeres seleccionadas para realizar la investigación, presentan consecuencias de salud, El 97% de las mujeres investigadas, manifiestan tener consecuencias a nivel familiar y social, mientras que el 80% tiene consecuencias en el ámbito laboral.

Tabla 22. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según sus consecuencias familiares.

	Frecuencia	porcentaje
Conflictos	33	94,0
Maltrato	11	31,0
Retirada de custodia	11	31,0
Perdida de relaciones	22	63,0
Ruptura de pareja	22	63,0
TOTAL	99	

La presente tabla hace referencia a lo ya expuesto en la tabla número seis.

Queremos destacar que todas las mujeres presentan consecuencias negativas debido a su consumo, un 94% de las mujeres manifiestan haber tenido conflictos familiares provocados por su adicción, el 31% han perdido la custodia de sus hijos, un 63% se han expuesto a rupturas de pareja debido al consumo y dependencia de la droga.

Tabla 23. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según las consecuencias sociales que presentan.

	Frecuencia	porcentaje
Ausencia de redes	24	69,0
Maltrato	3	9,0
Perdida de relaciones	29	83,0
Otros	3	9,0
TOTAL	59	

Un gran porcentaje sufre la pérdida de relaciones, exactamente un 83%, tan solo un 9% refiere haber sufrido maltrato por sus relaciones sociales y un 69% presentan ausencia de redes.

Tabla 24. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según las consecuencias laborales que presentan.

	Frecuencia	porcentaje
Conflictos	8	23,0
Pérdida de empleo	24	69,0
Otros	29	83,0
TOTAL	61	

La presente tabla hace referencia a lo ya expuesto en la tabla número seis.

El 83% han sufrido diversas consecuencias sociales, entre ellas: conflictos laborales, representados con un 23%, aparece la pérdida de empleo, con un 69% y un 83% hace alusión a otros, donde podemos encontrar: malos tratos y retirada de la jornada laboral.

Tabla 25. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según las consecuencias de salud que presentan.

	Frecuencia	porcentaje
VIH	5	14,0
Hepatitis B	16	69,0
Hepatitis C	15	43,0
Otros	35	100,0
TOTAL	71	

Todas las mujeres seleccionadas para el estudio presentan consecuencias de salud. Podemos observar como el 100% de ellas responden ante el ítem de “otros”, haciendo referencia este, a la dependencia que sufren las mismas, también observamos, como el 69% de las mujeres están contagiadas de hepatitis B, un 43% a hepatitis C y un 14% a VIH.

Tabla 26. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD que hayan sufrido maltrato.

	Frecuencia	porcentaje
Si	19	54,0
No	16	46,0
TOTAL	35	100,0

Diecinueve de treinta y cinco mujeres han sufrido maltrato a lo largo de su vida, por el contrario dieciséis de treinta y cinco refieren no haberlo sufrido.

Tabla 27. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según el tipo de maltrato.

	Frecuencia	porcentaje
Físico	19	54,0
Psicológico	15	43,0
Sexual	5	14,0
TOTAL		

Un 54% de las mujeres dependiente a heroína cuentan haber sufrido maltrato físico a lo largo de su vida, UN 43% ha sufrido maltrato psicológico y un 14% maltrato sexual.

Tabla 28. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según la persona que ha realizado el maltrato.

	Frecuencia	porcentaje
Familia	6	17,0
Pareja	12	34,0
Amigos	2	6,0
Otros	17	20,0
TOTAL	35	

El 34% de las mujeres relatan haber sufrido maltrato por parte de su pareja. Sin embargo, un 20% lo ha sufrido por sus ex parejas o ex maridos y un 6% por parte de sus amigos.

Tabla 29. Mujeres dependientes a la heroína atendida en la UAD dependiendo o no del consumo de la pareja.

	Frecuencia	porcentaje
Si	9	47,3
No	10	52,7
TOTAL	19	100,0

El 45,7% no tienen pareja, un 47,3% manifiestan tener pareja consumidora y un 52,7% relatan que sus parejas no son consumidoras.

Tabla 30. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD que hayan sufrido algún aborto.

	Frecuencia	porcentaje
No	35	100,0
TOTAL	35	100,0

Tal y como queda reflejado en la tabla adjunta, podemos observar como ninguna de las treinta y cinco mujeres expuestas a la investigación han sufrido un aborto.

Tabla 31. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según si han ejercido la prostitución.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	42,9
No	20	57,1
TOTAL	35	100,0

A pesar de la pequeña similitud presente, veinte de la totalidad no han tenido que recurrir a la prostitución, mientras que quince de ellas si la han ejercido, esta ha sido realizada para conseguir dinero para satisfacer las ansias de consumir.

Tabla 32. Mujeres dependientes a la heroína atendidas en la UAD según si han tenido algún intento de suicidio.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	14,3
No	30	85,7
TOTAL	35	100,0

A diferencia de la tabla anterior, podemos observar una gran disconformidad entre las mujeres que alguna vez a lo largo de sus vidas han intentado suicidarse y las que, por el contrario, no lo han hecho.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los datos más relevantes de esta investigación, así como los aspectos más notables que se encuentran en relación directa con el tema a investigar, y se interrelacionan con el marco teórico anteriormente mencionado, se analizan a continuación dando paso a la discusión y conclusiones principales de esta investigación.

En primer lugar se pueden concretar las características sociodemográfica de las usuarias de la UAD que presentan dependencia a la heroína, es importante destacar la franja de edad que mayor peso tiene en el consumo de la droga estudiada. Este periodo se comprende entre los veintiséis y los cincuenta y cinco años. En alusión al estado civil de las mujeres dependientes a la heroína, destaca que un 57,1% manifiestan estar solteras.

En cuanto a los niveles de estudios, hemos podido observar que la gran mayoría de las mujeres analizadas, han alcanzado los estudios primarios (45.7%), Por otro lado, solamente una ha obtenido estudios universitarios, y esta presenta nacionalidad extranjera.

La situación laboral que mayor predominaba en esta investigación, pertenece a la situación de desempleo, (82.9%), encontrándose en relación directa con los ingresos que estas reciben, ya que como podemos observar que el 57,1% de ellas no reciben ningún tipo de ingreso.

La edad de inicio de consumo de las mujeres dependientes a la heroína oscila entre dieciséis y veinte y cinco años, un (42,9%) han acudido al servicio, por decisión propia, así como por la derivación de otros centros de Servicios Sociales, o por el MAP (Médico de Atención Primaria).

Tal y como asegura (Insulza 1889) entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia.

Tras realizar esta investigación se observa un perfil claro de la mujer consumidora de heroína, en situación de riesgo de exclusión social y laboral. Esto

se manifiesta a través de varios ítems estudiados. En primer lugar, el número tan alto de mujeres que manifiestan estar desempleadas y que no tienen ningún tipo de ingresos económicos. A esto se le añade - la avanzada edad que presentan, seguidamente puede que tenga que ver el haber empezado a consumir heroína a una edad tan temprana, a esto le sumas que un 45,7% solo han obtenido estudios primarios, estamos ante un perfil de mujeres que alcanza un riesgo de exclusión social y laboral alto.

El 42,9% manifiestan no tener relación familiar de ningún tipo. Teniendo en cuenta que la gran mayoría de ellas, exactamente un 51,4%, no han tenido apoyo familiar, por otro lado, hemos podido observar que el 48,6% sí lo tienen. De este modo podríamos afirmar que durante el periodo de consumo y dependencia a heroína las mujeres han permanecido solas.

Haciendo referencia a las actividades de ocio y tiempo libre, hemos observado que un 85,7% de las mujeres no realizan ninguna actividad, tan solo el 14,3%, si las realiza, estas las llevan a cabo o bien solas, con amigos o con sus familiares.

En relación a la teoría que comprende el marco teórico de esta investigación, un estudio realizado por Barreda.; Díaz-Salazar.; De Ena de la cuesta.; López.; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica. (2005) muestra diversos tipos de problemas, varios de ellos en el hogar, siendo la principal consecuencias familiar el abandono de las responsabilidades económicas, es decir, el adicto se desentiende por completo de las aportaciones monetarias que solía realizar a la familia. Por otra parte, también se presenta el abandono de las responsabilidades afectivas. La persona consumidora suele perder cualquier tipo de autoridad en el hogar, puesto que los miembros de la familia dudan que pueda tener cierta capacidad para tener el control o llevar a cabo los roles establecidos

Quizás, el haber comenzado a consumir desde muy temprana edad ha hecho que una gran mayoría de las mujeres de esta investigación, hayan perdido sus relaciones familiares y por lo tanto, no cuentan con apoyo del mismo, a esto le sumas, que el 85,7%, no realizan ningún tipo de actividad, podríamos deducir claramente que nos encontramos con un perfil que carece tanto de vida social como de convivencia familiar.

Un dato muy relevante realizado en esta investigación, ha sido comprobar si las usuarias de la UAD consumen otras drogas aparte de la estudiada, hemos obtenido los siguientes resultados.

- Treinta y dos de las treinta y cinco mujeres, aseguran consumir tabaco, es decir la excesiva cantidad de 91,4% lo consumen.
- Siete del total de la población, refieren consumir alcohol.
- Once afirman consumir cocaína.
- Ocho de las mujeres estudiadas, consumen cannabis.
- El ítem de otros, muestra que; 7 de las treinta y cinco mujeres consumen crack.

Tal y como podemos observar en el marco teórico, los estudios indican que cuando se utilizan, por lo menos, tres tipos de compuestos (exceptuando la nicotina) se habla de polidependencia (Martin y Lorenzo, p.6) acompaña este planteamiento. En la investigación, se han encontrado a siete de las treinta y cinco mujeres presentan una polidependencia;

- Una consume tabaco, cocaína, cannabis y heroína.
- Dos consumen, tabaco, crack, cannabis y heroína.
- Dos consumen, tabaco, alcohol, crack y heroína
- Dos consumen tabaco, alcohol, cocaína y heroína.
- Veintiocho de la población total, consumen tres sustancias contando con la nicotina, pero por esta última, no se reconoce el consumo como una polidependencia.
- Siete mujeres consumen tabaco, cocaína y heroína.
- Cinco mujeres consumen tabaco cannabis y heroína.

En cuanto al consumo de la pareja de la mujer dependiente de heroína, hemos podido observar como la gran mayoría, no tienen pareja, pero sin embargo las que manifiestan si tenerla, el 47,3% aseguran que si son consumidoras, frente a 52,7% que refieren que no consumen.

De las nueve mujeres que han manifestado que sus parejas son consumidoras, cuatro han presentado más de una recaída de la sustancia estudiada. El estudio realizado por Barreda; Díaz-Salazar; De Ena; López; Rodríguez.; Sánchez y Zulaica (2005) Con una población de 80 mujeres con

adicción a opiáceos en todo el territorio nacional señala que “la influencia de la pareja drogodependiente es fundamental para la reanudación del consumo de heroína en la mujer drogodependiente”

Otro dato muy notable, es el maltrato que han sufrido las mujeres, así como el tipo del mismo y por parte de quien lo han experimentado, un 54,3% de las mujeres del estudio aseguran haber sido maltratadas, el 20% lo han sufrido por parte de sus ex parejas, por el contrario, nos encontramos con un 45,7% que aseguran no haberlo experimentado nunca.

Los tipos de maltrato estudiados han sido:

- Maltrato físico, en el cual destacan las diecinueve mujeres que lo han vivido.
- Maltrato psicológico, quince mujeres describen haberlo sufrido
- Maltrato sexual, cinco de treinta y cinco mujeres relatan su experiencia como mujeres víctimas del maltrato sexual.

Las mujeres refieren haber sido maltratadas por parte de su familia, seis exactamente, doce por sus parejas, dos por sus amigos y siete, como ya dijimos antes, han sufrido maltrato por parte de sus ex parejas.

En cuanto a la prostitución y al pensamiento de suicidio que han tenido las mujeres dependientes a heroína, quince de ellas han ejercido la prostitución para conseguir dinero para su consumo, una de las mujeres, afirma que ha sido obligada a ejercerla por parte de su pareja y de su madre, para el pago de las cosas del hogar.

Quizás, observando todas las consecuencias que hemos descrito anteriormente, podría verse de manera normalizada, el hecho de que un 14,3% de las mujeres hayan decidido en algún momento de sus vidas, quitarse la vida, debido a la nefasta calidad de vida que estaban viviendo, por otro lado, tenemos un alto porcentaje de mujeres que no lo han intentado nunca, estas se presentan con un 85,7%.

Por último, no por ello menos importante, más bien lo contrario, nos encontramos con las consecuencias que presentan las mujeres dependientes a heroína, estas consecuencias las hemos catalogado por: consecuencias

familiares, consecuencias sociales, consecuencias laborales y consecuencias de salud.

Toda mujer dependiente a una droga, presentara unas consecuencias negativas en su vida

Un 97% de las mujeres presentan condiciones negativas del tipo familiar:

- Treinta y tres, han tenido conflictos debido al consumo.
- Once, han presentado malos tratos
- Once mujeres de las veinte ocho que aseguran tener hijos, han experimentado la retirada de custodia de los mismos.
- Veinte y dos, de la totalidad han sufrido ruptura de pareja como consecuencia del consumo.

Un 97,1%, han experimentado consecuencias negativas de tipo social:

- Veinte y cuatro de treinta y cinco mujeres, actualmente viven con una ausencia de redes debido a las consecuencias que provoca el consumo.
- Tres de la totalidad narran, haber sido maltratadas en el ámbito social.
- Veinte y nueve, aseguran haber perdido completamente las relaciones sociales que tenían, debido al consumo que presentan.
- En relación con lo señalado con anterioridad en el marco teórico, se ha conocido que las consecuencias que pueden tener las mujeres debido a su dependencia están muy relacionados con el aspecto emocional y afectivo.

En la guía Mujer y Drogodependencia de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares (2007) se pueden mencionar como factores de riesgo más comunes que pueden poner a la mujer en riesgo de consumir sustancias adictivas los siguientes:

- El trabajo doméstico cuando éste es asumido como una obligación y no como una opción personal lo cual limita a la mujer la posibilidad de desarrollarse en otros aspectos de su vida. En cambio, el trabajo Extra doméstico remunerado deviene un factor de protección para la mujer sobre todo cuando ellas encuentran en esta actividad una satisfacción en lo que llevan a cabo.
- Los conflictos continuos con la pareja (discusiones, violencia doméstica...)

- La situación familiar (separación, divorcio, problemas económicos...).
- La ausencia de redes de soporte (amigos/as, familia, trabajo, etc.).
- El síndrome del nido vacío, el alejamiento de los hijos/as del hogar...

Un 80% de las mujeres analizadas, han sufrido consecuencias negativas en el terreno laboral.

- Veinticuatro, aseguran haber perdido el empleo en el que estaban debido a su consumo y a las consecuencias negativas que este ha producido en ellas.
- Nos encontramos con tres mujeres que nunca han experimentado la vida laboral.

Toda persona, consumidora de una o varias sustancias, presentan consecuencias negativas en el ámbito de la salud.

- Cinco mujeres, presentan tener VIH.
- Dieciséis mujeres dependientes a heroína presentan hepatitis B.
- Quince sufren hepatitis C.
- En cuanto a otros, un total de la población presenta tener, como es obvio, una dependencia, la dependencia a una sustancia genera unas consecuencias negativas de salud, estas pueden presentarse a corto y largo plazo.

En cuanto a las consecuencias negativas de salud, quiero destacar algunos datos, que me parecen de relevante importancia:

- Cinco de treinta y cinco mujeres tienen VIH, Hepatitis B y C
- Las mujeres que sufren hepatitis B y C son representadas como cuatro de ellas.
- Ninguna mujer presenta el contagio del VIH, sin acompañamiento de otra enfermedad.
- Las mujeres que no presentan ninguna enfermedad corresponde a trece de treinta y cinco.
- Las mujeres que refieren tener solo hepatitis B son siete del total.
- Las mujeres que refieren tener solo hepatitis C son seis de la totalidad.

Los efectos que los opiáceos pueden producir a largo plazo son la pérdida de apetito, estreñimiento, caries, alteraciones, disminución de la masa muscular, complicaciones infecciosas: hepatitis, tuberculosis grave, SIDA. En cuanto a su efecto a corto plazo, analgesia (ausencia de dolor), sedación (adormecimiento), mareos, debilidad corporal, respiración lenta, baja presión sanguínea y pulso lento NIDA (2005).

Los efectos de la heroína a largo plazo son: “La adicción, que es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas, y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro” NIDA (2005).

La heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, por lo tanto, son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso NIDA (2005).

Para concluir, quiero dejar constancia del cumplimiento de los objetivos expuestos en el estudio. El objetivo general era, conocer las consecuencias del consumo de heroína en las mujeres dependientes a la misma, haciendo especial hincapié en las consecuencias negativas en el ámbito, familiar, social, laboral y de salud.

Las treinta y cinco mujeres presentan diversas consecuencias negativas, las consecuencias familiares y de salud se han representado con un 97%, las laborales con un 80%, y por último las de salud con un 100%.

En relación a los objetivos específicos que hemos elaborados podemos señalar que:

Las consecuencias familiares y sociales, se han visto gravemente afectadas por el consumo y dependencia a la droga, esto ha hecho que todas y cada una de las mujeres del estudio hayan perdido o bien, sus relaciones sociales, o sus relaciones familiares, produciéndose así, rupturas de pareja, conflictos familiares, abandono, o hasta incluso, la retirada de custodia de sus hijos. Además, el inexistente apoyo familiar que presentan un alto porcentaje de las mujeres, demuestra que durante el periodo de consumo y dependencia han estado solas, teniendo que recurrir o bien, a la prostitución o a la delincuencia,

haciendo que estas le proporcionen lo necesario para satisfacer sus ganas de consumir, y aunque en menor medida, alimentos.

Dicha dependencia ha hecho que la mayoría de las mujeres se encuentren en desempleo, bien sea por la retirada de la jornada laboral o por las discusiones o conflictos que se hayan ocasionado en su puesto de trabajo.

Algunas comenzaron el consumo demasiado pronto, quizás las carencias y el destroz físico que puede ocasionar la dependencia, sea motivo claro para que gran parte se encuentre en situación de desempleo.

Cuando se preguntaba por las consecuencias negativas en la salud, hemos hecho alusión a las enfermedades básicas como son el VIH, la tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C. Además de estas, podemos observar que todas las mujeres del análisis, es decir, un 100% padecen una dependencia, y esta genera unas características propias mencionadas ya anteriormente y confirmada por NIDA (2005).

Uno de los objetivos específicos era explorar las consecuencias que produce el consumo de heroína en las mujeres embarazadas. De las treinta y cinco mujeres, veinte y ocho son madres, ninguna refirió en las historias clínicas haber sufrido un aborto, pero, tres mujeres afirmaron haber tenido un embarazo de alto riesgo, las consecuencias de este, se desconoce, pero podemos deducir, una vez más, que se debe a las consecuencias de las sustancia o sustancias que consumían durante el embarazo.

Tras varios meses de prácticas en la UAD, hemos observado que, las mujeres viven por y para el consumo, la gran mayoría no acudían a las citas establecidas con el equipo terapéutico, pasaban cogían la dosis diaria, o la dosis semanal, si pertenecían al programa take home y se iban, por este motivo, era imposible realizar la investigación presencialmente con ellas, por eso, utilizamos las historias clínicas.

Tras la investigación algunas mujeres manifestaban las ganas de asistir a algún taller, o alguna actividad, pero debido a sus condiciones económicas no podían desplazarse. Además, algunas aseguraban que debido a la edad, condición física, y la higiene que presentaban no eran aceptadas.

Hoy en día nacer hombre o mujer implica vivir con posiciones, recursos y con distintos valores, creencias y actitudes. La división de género dominante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes determinando un conjunto de pautas de comportamiento obligatorias, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Unas pautas de conducta que son transmitidas y reproducidas a través de distintos espacios de socialización tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación social, etc.

Debemos de concienciar a la población del problema que representa las drogas, las consecuencias de las mismas y los efectos que producen, esto debe hacerse desde el ámbito primario (escuelas, institutos, universidades, centros de salud, familias y hasta los propios Servicios Sociales) De esta manera, se podría prevenir el consumo de las drogas, así como conseguir que la vida de estas personas no sea tan atroces como presentan, hacer una convivencia llevadera, basándose en el respeto, del mismo modo, sensibilizando al entorno de los consumidores, para que tanto el drogodependiente y sus familiares, amigos, etc. puedan convivir con las drogas sin que estas afecten a nuestra calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

20 minutos (2009). *Las mujeres que consumen drogas corren más riesgo de adicción que los hombres.* Barcelona

Recuperado

en: <http://www.20minutos.es/noticia/440401/0/drogas/barcelona/mujeres/>

American Psychiatric Association (APA) (2002): DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson (edición en inglés 2000).

Barreda, M; Díaz-Salazar, M; De Ena S; López, M., Rodríguez, M; Sánchez, S y Zulaica, B. (2005) *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.* Madrid. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/adicciones/doctenicos/MujeryAdiccion.pdf>

Calafat, A. y Becoña, E. (2005) Monografías Opiáceos adicciones, volumen 17 suplemento 2 recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Maldonado3/publication/28237285_Neurobiologia_de_la_adiccion_a_opiaceos/links/548862b20cf289302e309e15.pdf#page=301

Carpentieri, D.; Cejas, M.; García, N.; Puyol, B.; Santana, T. y Tosco, P. (1999). *Cuadernos de información sobre drogas para trabajadores.* Santa Cruz de Tenerife: Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.

Centre D' Assistència Terapèutica (2008). *Adicciones y problemas psíquicos la respuesta optimista.* Barcelona. Recuperado de: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-heroina-y-que-efectos-produce>

Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Participación. Centro Coordinador de Drogodependencias. Guía Mujer y Drogodependencias. (2007) Islas Baleares. Recuperado de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/221.pdf>

DSM-IV TR. *Manual Diagnostico (s f)* recogido en: <http://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>

Farapi S.L. 2009 *Drogas y género*. Instituto Vasco de la mujer. Recogido en: http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf

Fernández-Espejo, E. (2002) *Bases neurobiológicas de la drogadicción*: Revisiones en neurociencia. Editor: Sánchez-Andrés, J. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32332/basesneurobiologicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fundación de ayuda contra la drogadicción (1998). *Drogas: conocer y prevenir*. Madrid: Venali.

Fundación Di No a las Drogas. (2014). *Consecuencias familiares del consumo de drogas*. Recuperado de <https://dinoalasdrogas.com/consecuencias-familiares-del-consumo-de-drogas/>

Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. *Guía Género y Drogas* (2012). Alicante. Recuperado en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

Insulza, J M. (2013) El Problema de las Drogas en las Américas: *Estudios Drogas y Salud Pública*. Organización de los Estados Americanos. Obtenido de: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Martín, M; Lorenzo Fernández, P. (s f) Conceptos fundamentales en drogodependencias. Recogido en: <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008) *Glosario de Términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,

Moya, C. González, J. Sánchez. A; Álvarez. C; Brime. B; Sendino. R; Farré. M; Bobes. J; Torrens. M; Sanchís. M; Flores. J; Luna. A; y Díez. E. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). Informe sobre Heroína. Madrid.

Di no a las drogas (2016) recuperado de: <https://dinoalasdrogas.com/consecuencias-familiares-del-consumo-de-drogas/>

NIDA (2005). National Institute on drug abuse. *La heroína: Abuso y adicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-addicion>

OMS. (1969). *Conceptos Básicos*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado de: <https://www.faeditorial.es/capitulos/actualizacion-drogodependencia.pdf>

OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Rojas (2016) *Impacto del abuso de las drogas en la familia*. Recuperado de: <http://www.elnuevodia.com/opinion/columnas/impactodelabusodelasdrogasenlafamilia-columna-2232502/#>

Sánchez, (2006) *Guía formativa: drogas y género*. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GyD_GuiaInformativa.pdf

Vergara, J. (2014). *Prezi*. Recuperado de: <https://prezi.com/xmvcyl2cdhd4/tipos-de-consumidores-de-drogas/>

Villar, E. (2014). *Informe Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*. Recuperado en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_1023_24102014_ultimo.pdf

ANEXO

Ficha de recogida de datos.

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

NÚMERO DE USUARIO:

AÑO:

- **Sexo**

(1) Transexual

(2) Mujer

- **Edad**

(1) Menos de 25 años

(2) De 26 a 35 años

(3) De 36 a 45 años

(4) De 46 a 55 años

(5) De 56 a 65 años

(6) Mayor de 65 años

(7) NS/NC No sabe/ no contesta

- **Nacionalidad**

(1) Extranjera

*En caso de ser extranjera, especificar:

(2) Española

(3) No sabe/ no contesta

- **Estado civil**

(1) Soltera

(2) Casada

(3) Separada

(4) Divorciada

- (5) Viuda
- (6) Convivencia en pareja
- (7) No sabe/ no contesta

- **Convivencia en el domicilio**

- (1) Sola
- (2) Familia adquirida
- (3) Familia de origen
- (4) Piso/ casa compartida
- (5) Familia de acogida
- (6) Sin domicilio
- (7) Otros: _____
- (8) No sabe/ no contesta

- **Composición familiar**

(1) Padres	
(2) Hermanos	
(3) Pareja	
(4) Hijos	
(5) Otros: _____ _____	
<p>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un miembro familiar</p>	

- **Nivel de estudios**

- (1) Enseñanza primaria
- (2) Enseñanza secundaria
- (3) Bachillerato
- (4) Estudios universitarios
- (5) Sin estudios
- (6) Otros (especificar): _____
- (7) No sabe/ no contesta

- **¿Con qué tipo de ingresos económicos cuenta?**

- (1) Fijos
- (2) Eventuales
- (3) Subsidio por desempleo
- (4) Pensión contributiva
- (5) Pensión no contributiva
- (6) Ningún ingreso
- (7) Otros (especificar): _____
- (8) No sabe/ no contesta

- **¿Cuál es su situación laboral?**

- (1) Trabajando con contrato
- (2) Trabajando sin contrato
- (3) Desempleo
- (4) Incapacidad permanente
- (5) Pensionista
- (6) Labores del hogar
- (7) Otros (especificar): _____
- (8) No sabe/ no contesta

- **¿Con que edad inicio el consumo?**

- (1) Menor de 15 años
- (2) De 16 a 25 años
- (3) De 26 a 35 años
- (4) De 36 a 45 años
- (5) De 46 a 55 años
- (6) Mayor de 55 años
- (7) No sabe/ no contesta

- **Otras drogas consumidas**

(1) Tabaco	
(2) Alcohol	
(3) Cocaína	
(4) Cannabis	
(5) Otros: _____ _____	
<i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de drogas</i>	

- **¿Cómo acude al centro?**

- (1) Decisión personal
- (2) Presión familiar
- (3) Presión laboral
- (4) Instituciones
- (5) Otros (especificar): _____
- (6) No sabe/no contesta

- **¿Cuenta con apoyo familiar durante el tratamiento?**

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe/ no contesta

- **¿Tiene familiares consumidores?**

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe/ no contesta

(*) *En caso de tener familiar consumidor, ¿quién?:*

- **¿Cómo es su relación familiar?**

- (1) Buena
- (2) Regular

- (3) Mala
- (4) No existe relación
- (5) No sabe/ no contesta

- **¿Realiza actividades de ocio y tiempo libre?**

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No sabe/ no contesta

- **¿Con quién realiza las actividades?**

- (1) Amigos
- (2) Familia
- (3) Otros (especificar): _____
- (4) No procede
- (5) No sabe/ no contesta

- **¿Qué tipo de actividad de Ocio y Tiempo libre que realiza?**

- (1) Ir al cine
- (2) Salir a pasear
- (3) Ir a almorzar/ cenar
- (4) Salir con los amigos
- (5) Actividades deportivas
- (6) Otros (especificar): _____
- (7) No procede
- (8) No sabe/ no contesta

- **¿Realiza actividades cotidianas?**

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No procede
- (4) No sabe/ no contesta

En caso de realizarlas, ¿cuál o cuáles?: _____

- **¿Ha sufrido consecuencias negativas debido a su consumo?**

(1) Sí

(2) No

(3) No sabe/ no contesta

- **En caso de haber sufrido esas consecuencias, ¿de qué tipo?**

(1) Familiares	
(2) Sociales	
(3) Laborales	
(4) Salud	
(5) Otros (especificar): _____	
<i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de consecuencia</i>	

- **Tipo de consecuencias familiares**

(1) Conflictos	
(2) Malos tratos	
(3) Pérdida de custodia	
(4) Pérdida de relaciones	
(5) Otros (especificar): _____	
<i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de consecuencia familiar</i>	

- Tipo de consecuencias sociales

(1) Ausencia de redes sociales	
(2) Malos tratos	
(3) Pérdida de relaciones	
(4) Otros (especificar): _____	
<p><i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de consecuencia social</i></p>	

- Tipo de consecuencias laborales

(1) Conflictos	
(2) Malos tratos	
(3) Retirada de la jornada completa	
(4) Pérdida de empleo	
(5) Otros (especificar): _____	
<p><i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de consecuencia laboral</i></p>	

- Tipo de consecuencias de salud

(1) VIH	
(2) Hepatitis B	
(3) Hepatitis C	
(4) Tuberculosis	
(5) Otros (especificar): _____	
<p><i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de drogas</i></p>	

- **¿Ha sufrido malos tratos?**

(1) Sí

(2) No

- **En caso de haberlos sufrido, ¿qué tipo de malos tratos?**

(1) Físico	
(2) Psicológico	
(3) Sexual	
(4) Otros (especificar): _____	
<i>(*) Marca con una X la respuesta, permitiéndose válido más de un tipo de maltrato</i>	

- **En caso de haberlo sufrido, ¿por quién ha sido realizado?**

(1) Familiar

(*) *Especificar de quien se trata:* _____

(2) Pareja

(3) Amigos

(4) Desconocido

(5) Otros (especificar): _____

(6) No sabe/ no contesta

- **¿Su pareja es consumidora?**

(1) Sí

(2) No

(3) No procede

- **¿Ha tenido algún aborto?**

(1) Sí

(2) No

(3) No sabe/ no contesta

- **¿El embarazo fue deseado?**

(1) Sí

(2) No

(3) No procede

- **¿Ha ejercido la prostitución?**

(1) Sí

(2) No

- **¿Ha tenido algún intento de suicidio?**

(1) Sí

(2) No