



**Centros de Integración  
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones**

**7ta. Generación**

**2010 – 2011**

**Reporte de Investigación Final**

Para concluir el Programa Académico de la  
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

**Tema:**

**Consumo de drogas y abuso sexual en mujeres del Centro de  
Tratamiento para las Adicciones**

**Alumno:**

Anie Castellanos Quevedo

**Asesor:**

Eva María Rodríguez Ruiz

Firma

Ciudad de México, 29 de Marzo de 2012.

## Titulo

Consumo de Drogas y Abuso Sexual en  
Mujeres del Centro de Tratamiento para las  
Adicciones.

**Nombre del Alumno**  
**Psi. Anie Castellanos Quevedo**

**Tutor**

**Lic. Eva María Rodríguez Ruiz**

# INDICE

Titulo de la investigación

Introducción

Planteamiento del problema

Marco teórico

Justificación

Objetivo

Metodología

Resultados

Análisis de los resultados

Conclusiones

Consideraciones éticas

Referencia bibliográfica

Cronogramas

Anexos

## INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es un importante problema social que es reconocido sólo por un pequeño segmento de la población. El abuso sexual no ha logrado llegar a ser un asunto de interés público sostenido y a pesar de la liberación sexual paulatina del siglo anterior, aún continúa siendo extremadamente difícil para la gente discutir abiertamente temas sobre el sexo.

El tema sobre el abuso sexual se encuentra tan velado que en relación a la incidencia de los delitos sexuales contra menores no existe gran variedad de información.

Hasta hace poco tiempo en nuestro país no se tenían datos respecto a la prevalencia del abuso sexual ya que durante mucho tiempo no se prestó atención a la presencia de este fenómeno y tampoco existía una forma de cómo definirlo.

Desde mucho tiempo atrás a la palabra de un niño no se le daba valor y esta siempre era considerada como parte de una fantasía infantil por lo tanto cuando se atrevía a decirlo por lo regular no era escuchado; se dice que actualmente los niños han adquirido ciertos derechos sin embargo en cuanto al tema del abuso sexual pareciera que no existen muchos cambios ya que el suceso aun cuando se confiese sigue quedando detenido ya sea dentro de la familia o dentro de la misma ley.

El abuso sexual es un acto de violencia que lleva al rompimiento de la estructura psíquica y social de quien lo padece, por lo tanto sus consecuencias no deben ser considerados únicamente dentro de un ámbito médico y legal que finalmente lejos de ayudar a las víctimas las enfrentan a otro tipo de abusos.

El abuso sexual constituye un predictor significativo para el desarrollo de la presencia de trastornos relacionados a la salud mental; notificando secuelas importantes relacionadas a la baja autoestima y a la depresión; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; conductas extremas especialmente en lo que respecta a la vida sexual; prácticas sexuales sin protección; una tendencia a la revictimización y agresión /ira además de dependencia al alcohol o a otras drogas, Ramos L., Saldivar H., Medina M., Rojas G., Jorge V. (1998).

Respecto al consumo de drogas en particular, se ha señalado que un alto porcentaje de la población que abusa de ellas ha sido victimizado durante la infancia, de hecho es durante la adolescencia cuando usualmente aparece esta

secuela. El abuso de drogas o alcohol puede representar el intento de la víctima por ocultar la ansiedad relacionada con los efectos perturbadores o efectos dolorosos relacionados al suceso generando altos grados de ansiedad en los encuentros sexuales durante la adolescencia o la edad adulta.

Estudios hechos en otros países entre personas en tratamiento por consumo de drogas han mostrado evidencias al respecto. Especialmente las mujeres víctimas de abuso sexual y físico parecen tener un alto riesgo de sobrepasarse en el consumo de sustancias, en comparación con las mujeres no víctimas. Ramos I., Saldivar H., Medina M., Rojas G., Villatoro V., (1998).

Dentro de este marco surge el interés por investigar a mujeres que se encuentran en un Centro de Tratamiento para las Adicciones; teniendo en cuenta que el consumo de drogas no es interpretado por la sociedad de la misma forma en que se concibe en los hombres y que aparte la subjetividad de la historia de vida de estas mujeres no es considerada como marco de inicio para su tratamiento.

El primer capítulo hace referencia al consumo de drogas de acuerdo a las diferentes Encuestas mostrando los cambios que se han ido dando en el consumo y de la presencia de la mujer dentro del mismo. El segundo capítulo se revisan diferentes autores por medio de los cuales se define qué es el abuso sexual, así como la repercusión del mismo en la vida de quien ha sido victimizada.

En el tercer capítulo se describen las diferencias culturales, sociales y estadísticas que se presentan en el consumo de drogas en relación al género.

En el cuarto capítulo se plantea la metodología en base a la investigación cualitativa; en él se trata de dilucidar la historia de vida de las mujeres que aceptaron participar en esta investigación, del abuso sexual y del inicio y desarrollo de su consumo de drogas, la interpretación que ellas hacen de la misma, así como la diferente forma en que cada una de ellas la ha podido afrontar su estancia dentro del Centro de Tratamiento para las Adicciones.

Finalmente en el capítulo cinco se describen los resultados, su análisis y su discusión respecto a los mismos.

## MARCO TEÓRICO

### Genero y adicciones

La sociología en el siglo XIX identificó la desigualdad social como uno de sus principales objetos de estudio sin embargo fue hasta un siglo después cuando incorporó la desigualdad de género como un objeto de estudio también legítimo. El que la Ciencia Social reconociera la dominación masculina sobre las mujeres y la influencia que ello producía en una sociedad predominante en donde para la sobrevalorización de lo masculino tiene que haber un detrimento de lo femenino no tuvo el efecto adecuado ya que esto involucraba a los propios sociólogos; ellos se dieron cuenta que resultaba complejo problematizar un fenómeno (la opresión de las mujeres) que era parte de las condiciones materiales de su propia actividad académica (Smith 1990).

No fue en lo académico sino en lo político en donde los movimientos de mujeres finalmente impulsaron la conciencia sobre la desigualdad de género.

A partir de los setentas las Ciencias Sociales retoman la agenda feminista y como consecuencia acuña dos conceptos tratando de explicar la desigualdad entre hombres y mujeres: patriarcado y género (Lamas, 1997). El primero se refiere a las formas de desigualdad social la cual se caracteriza por la opresión de la mujer en beneficio de los hombres y que se funda en un sistema de sexo / género determinado (Rubin, 1975; Lerner, 1986).

El concepto género se refiere al conjunto de significados y prácticas socialmente construidos basados en el valor que la sociedad asigna a lo femenino y a lo masculino. También el género se refiere a la forma en que se construyen las identidades hombres y mujeres culturalmente en la sociedad.

De inicio estas diferencias se inscriben en lo biológico, en la constitución de los cuerpos, siendo el referente para que la sociedad construya un universo simbólico de la diferencia sexual que a su vez estructura y define el comportamiento de las personas dentro de la sociedad, así como de los derechos y privilegios existentes entre ambos sexos.

Desde el momento del nacimiento nuestro género ejerce una profunda influencia en el desarrollo físico y social. Como señala Whyte (1998) el desarrollo del género da lugar a diferencias de género y, a su vez, estas diferencias se convierten en desigualdades de género.



Los cambios que se han producido en los últimos tiempos en la sociedad no han podido erradicar el trato diferencial en que siguen socializando niñas y niños, pudiéndose cuestionar si los padres siguen tratando a sus hijos de forma diferente en función del género o si les promueven conductas tipificadas sexualmente.

Los niños desde muy pequeños son tratados de manera diferente por los adultos aprendiendo que lo que se espera de ellos se encuentra relacionado a su sexo. Desde la infancia en cada sexo va a predominar un esquema de identificación diferente, para la mujer socio-céntrico o de conexión y para el hombre individualista y apartado de los otros. (Hill y Linch. 1983). Al llegar a la adolescencia estas expectativas derivadas del género se intensifican ya que ellos han ido identificando cuales conductas son premiadas o castigadas en función de su género por lo que de alguna forma ya se ha desarrollado en ellos un estereotipo de género.

Una de las principales conductas analizadas en función del género es la conducta agresiva y se ha podido observar que los niños tienen comportamientos más agresivos que las niñas y que los padres castigan más a los niños que a las niñas sin darse cuenta que con esto estimulan una conducta agresiva. En el meta-análisis de Leaper y cols. (1998) se constató que a los hijos se les animaba más a la independencia, mientras que a las hijas se les fomenta la dependencia y el acercamiento verbal. También las actividades siguen siendo tipificadas encontrando que los padres animan más a los niños a implicarse en actividades típicas masculinas mientras que a las hijas no las limitan en actividades consideradas masculinas aunque si las animan a desarrollar conductas típicas femeninas, como calidez y cercanía.

El aprendizaje del género al cual pertenecemos se realiza por medio de las instancias sociales, inicia en la familia, prosigue en la escuela, la religión y los medios de “comunicación” los cuales conforme pasa el tiempo logran influir más en la imagen que se asigna al ser hombre o mujer para ser aceptado dentro de la sociedad.

Los hombres y las mujeres ven afectada la forma en que se perciben y la forma en que tienen que ser percibidos por los demás. En relación a la salud resulta complejo pero también se encuentren establecidas diferentes expectativas en cuanto al género, presuponiendo comportamientos en cuanto a las enfermedades o a los trastornos. La Organización Mundial de la Salud (2009) en su reporte “mujeres y Salud” encuentra las siguientes diferencias:

1.- Las mujeres presentan mayores problemas de salud que los hombres

2.-la problemática a la que se encuentra la mujer entre los 15-49 años (embarazos no deseados, complicaciones de los mismos, abortos, enfermedades de transmisión sexual y violencia, repercute sobre su salud.

3.-Las enfermedades crónicas degenerativas así como los problemas de salud mental (depresión) son motivo de discapacidad en ellas.

4.- Las instituciones de salud otorgan una atención generalizada sin considerar las particularidades de las mujeres.

5.- La mayoría de los problemas de salud en las mujeres se instauran durante la infancia y se encuentran relacionados a una irresponsabilidad de parte de los padres en cuanto a su cuidado (mala nutrición, abuso sexual, violencia familiar, carencia de afecto etc.), generando trastornos en la estructura psíquica que posteriormente pueden llevar al abuso de sustancias.

En este caso por ejemplo el abuso de sustancias es percibido de forma diferente por la sociedad cuando el consumo es llevado a cabo por un hombre que por una mujer; las normas sociales estipulan una serie de expectativas que determinan lo que las personas pueden o no pueden hacer y en este caso el consumo de sustancias es algo que no está considerado o bien visto que las mujeres lo hagan, y esto no se encuentra relacionado precisamente a que el comportamiento de una mujer intoxicada, diste del comportamiento de un hombre ya que las manifestaciones suelen ser similares; esta incomodidad se basa en considerar que dentro de los valores establecidos la mujer no debe de hacerlo.

A pesar de que la condición de las mujeres en muchos aspectos ha ido cambiando y obteniendo diversos logros todavía existen muchas dificultades que impiden el poder considerar que se tienen los mismos derechos por ejemplo, un estudio hecho en las zonas rurales y urbanas del estado de Michoacán muestra que el acceso a lugares públicos es más restringido para las mujeres ya que un 72% consideró que es adecuado que un hombre beba en una cantina con sus amigos, pero sólo el 35% consideró que es una actividad adecuada para una mujer; 30% acepto que el hombre beba después del trabajo, pero solamente 8% consideró que se vería bien que una mujer lo hiciera”.

Actualmente la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) reconoce la presencia de importantes variaciones dentro de la población consumidora de drogas, entre ellas se puede observar que existe un mayor consumo en las mujeres, que se ha reducido la edad de inicio, además de un incremento en el policonsumo, las

drogas ilegales de mayor consumo en la población son la marihuana y la cocaína, observándose un importante aumento en el consumo de crack y metanfetamina.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones reporta que el consumo de tabaco en la población urbana de 12 a 65 años son fumadores en un 20.4 y 18.4 son exfumadores. De los fumadores, el 29.8% son varones y 11.8 % son mujeres.

Respecto al alcohol La bebida preferida de los mexicanos es la cerveza; en lo que respecta al patrón de consumo es de grandes cantidades por ocasión. Casi 27 millones de mexicanos de entre 12 a 65 años beben de esa manera, significando que aunque lo lleguen a hacer pocas veces cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. En hombres como en mujeres el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es de 18 a 29 años. Los niveles descienden conforme aumenta la edad

La marihuana y la cocaína son las drogas preferidas de la población. El consumo de marihuana aumento de 3.5% a 4.2% y el aumento de consumo en cocaína fue de 1.2% a 2.4%, el consumo de ambas se duplicó.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de alguna droga, se observo que el 55.7% de los usuarios de marihuana inicia el consumo antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de consumo de cocaína es más tardía ya que sólo el 36.4% la ha usado por prima vez antes de los 18 años.

Cuando hace la diferencia entre hombres y mujeres señala que los hombres regularmente reportan mayor consumo de alcohol o de otras sustancias y que en las mujeres se caracterizaba por la poca frecuencia o por la moderación, aunque la diferencia sigue siendo importante, el índice en el consumo de sustancias por parte de la mujer ha ido en aumento.

Por cada mujer existen 18.5 hombres con dependencia al alcohol. El 13% de los usuarios de drogas son adolescentes de entre 12 a 17 años y de ellos hay una mujer por cada 4.5 de los hombres.

Entre 1990 y el año 2000 las mujeres estudiantes de secundaria y preparatoria tuvieron un índice de uso de sustancias tres veces mayor en comparación con el de los hombres.

Durante la adolescencia las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres no son tan marcadas sin embargo al pasar de los 18 años las diferencias son evidentes.

El consumo de alcohol en las mujeres se encuentra asociado a la edad y a la escolaridad; mujeres de entre 20 y 59 años y con más de 13 años de estudio se

encuentran asociadas al consumo, si embargo el consumo en mayores cantidades por ocasión lo llevan a cabo las mujeres que no han asistido a la escuela.

Respecto al consumo de drogas la diferencia es similar. En el grupo de 12 a 17 años los hombres usan seis veces más drogas que las mujeres, sin tomar en cuenta tabaco ni alcohol.

A pesar de la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres, se ha podido observar que las diferencias que existen entre ambos son menores cuando ellas deciden iniciarse en el consumo.

### **Consumo de Drogas en Mujeres**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) respecto al consumo de alcohol existe una alta tasa de abstinencia entre las mujeres. El 55.4% de las mujeres son abstemias es decir no consumió alcohol el año previo al estudio y un 37% nunca ha bebido alcohol. Los índices de abstinencia entre las mujeres de 12 a 17 años es de 87.3 % y entre las de mayor edad 50 a 65 años es de 63.8%. en total existen 2.4% por cada mujer que no bebe alcohol.

De acuerdo a la escolaridad el menor índice de abstemias se encuentra en las mujeres que cuentan con 13 o más años de escolaridad (63.9%, en comparación con proporciones que oscilan entre 42 y 79% en los grupos con menor escolaridad) tendencia que se observo también para varones (19% y entre 24 y 36% respectivamente), Asunción L. y Salgado V. Nelly, (2002).

En la proporción de la población que bebe más de cinco copas por ocasión de consumo al menos una vez al mes, las mujeres representan un 2.3% y los hombres un 34.2%, con una razón de una mujer por cada quince hombres. El índice de bebedoras fuertes se mantiene similar en los diferentes grupos de edad.

En ambos grupos el consumo de dicho patrón es mayor conforme aumenta la escolaridad: 23.9% de los varones y un 1% de las mujeres sin escolaridad reportan consumir grandes cantidades por ocasión en comparación con 30.5 y 5.5 % de aquellos con 13 años de escolaridad. De lo anterior se infiere que la mayor proporción de alcohol disponible es consumido por los hombres; sin embargo aquellas mujeres que consumen alcohol tienden a beber cantidades mayores. De hecho, 10% de las consumidoras más fuertes beben 82% del total del alcohol que consume este grupo, lo cual sólo se observa en el 59% de los varones. Significando que cuando una mujer atraviesa la barrera social que la

“protege” del consumo tiende a consumir de forma más severa, lo que la pone en mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas que dificultan su rehabilitación, Asunción L. y Salgado V. Nelly (2002).

La globalización ha generado diversos cambios en cuanto a la práctica del consumo de alcohol esta modificación se ha hecho evidente entre adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 1992): las encuestas efectuadas entre estudiantes mexicanos señalan que el 54% de los varones y 45% de las mujeres habían consumido al menos una copa de alcohol y 9 y 4% bebían más de 5 copas por ocasión por lo menos una vez al mes, cifras elevadas si se tiene considerado que el 95% de este grupo no había alcanzado la edad para adquirir legalmente bebidas alcohólicas (Medina Mora y cols., 1993).

El aumento en el consumo de alcohol de la mujer se ha observado principalmente en poblaciones urbanas y se ha asociado a los cambios de roles y a la mayor disponibilidad de recursos económicos. Este aumento no se observa en la mujer en general en él se ven involucrados factores socioeconómicos y culturales. Por ejemplo, en México se ha observado este incremento en grupos de mujeres jóvenes en las que la ideología feminista ha tenido más influencia y tienen un mayor nivel de escolaridad.

### **Abuso de Sustancias Psicoactivas en Mujeres**

A diferencia del consumo de alcohol para el cual se reconocen definiciones de uso abuso o adicción (Medina –Mora, M.E., 1994), en relación a las sustancias psicoactivas no existe una norma social explícita que reconozca su uso.

La información epidemiológica en México demuestra que las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres sustancias de prescripción médica que producen adicción (anfetaminas, tranquilizantes, ansiolíticos y analgésicos y un pequeño porcentaje consume sustancias ilegales (mariguana o cocaína), además del consumo de alcohol (ENA, 1998,1993).

A las sustancias psicoactivas legales se les permite ser aceptadas socialmente dando como resultado que su prescripción se realice de forma inadecuada permitiéndole al medico utilizarlas como una forma de controlar la “intranquilidad que se les asigna a las mujeres”. De igual manera el uso de sustancias psicoactivas ilegales (mariguana, cocaína o solventes inhalables) puede ser una forma de expresar la búsqueda de un sentido de vida diferente.

Los niveles de seguridad con los que pueden ser manejadas las sustancias psicoactivas varían entre ambos sexos debido a las diferencias en su fisiología. Uno de los factores que influyen a la diferente respuesta aún en dosis similares son los niveles hormonales femeninos los cuales fluctúan de acuerdo a los ciclos en que la mujer se encuentre (menstrual, embarazo, menopausia).

Los estudios que se realizan para probar nuevos medicamentos se llevan a cabo con mujeres que ya no son fértiles sin considerar que las mujeres que se encuentran en una etapa de crianza de hijos suelen tener mayor grado de depresión o de ansiedad; dando como resultado que las sustancias psicoactivas no sean prescritas en forma adecuada (Schnoll y Weaver, 1998).

Es constantemente dicho que las mujeres se deprimen más que los varones, sin embargo se menciona poco respecto a los factores que contribuyen a la depresión en las mujeres, la cual también la puede llevar al consumo de alcohol y drogas.(Medina- Mora, 1993).

Es consistente el señalamiento tanto en la bibliografía nacional como internacional respecto a que las mujeres que en alguna etapa de su vida han sufrido experiencias de violencia física, emocional y sexual tienen más probabilidad de tomar medicamentos o desarrollar un problema de adicción a sustancias (Biulik, Sullivan y Rorty, 1989; Briere y Zaidi, 1989; Miller y Downs; 1993; Romero, Gomez y Medina-Mora; 1997; Romero, Gomez, Ramiro y Diaz, 1997; Romero y Medina-Mora, 1998).

Existe una diferencia genérica en cuanto al daño que produce el consumo de alcohol Wilsnack y col. (2004) señalan las siguientes razones:

- 1.- Al comparar la forma de beber entre los hombres y las mujeres se observa que ellos beben con mayor frecuencia, consumen en cada ocasión una mayor cantidad de alcohol y tienen más posibilidades de problemas a la hora de hacerlo.
- 2.-Los cambios sociales que se han ido presentando en las actividades que realizan las mujeres, han posibilitado el que ellas asuman roles masculinos favoreciendo al aumento en el consumo, sobre todo en mujeres jóvenes.
- 3.-En algunas culturas el proceso de desarrollo de la feminidad y masculinidad se encuentra relacionado al consumo de alcohol sin embargo mientras que en los hombres es considerado como algo permisible en las mujeres se trata de intervenir para que no lo haga.

Respecto al consumo de drogas médicas, una vez que el médico se ve rebasado por la sintomatología de una paciente mujer, lejos de mandarla a otro especialista recurre a la prescripción de este tipo de drogas llevando poco o ningún control respecto a la evolución de la “enfermedad de la paciente”, evitando así que se tengan datos e información objetiva relacionada a este tipo de consumo y provocando muchas veces la farmacodependencia en la mujer.

De acuerdo a las Naciones Unidas (UNODC; 2004) las mujeres adictas a nivel mundial se enfrentan a sufrir:

- 1.-Vergüenza y estigma
- 2.-Abuso físico y sexual
- 3.-Relaciones afectivas: miedo a perder a los hijos y miedo de perder la pareja.

El consumo de drogas se encuentra relacionado a diversos factores, sin embargo se ha notificado que un alto porcentaje de los consumidores ha sido víctima de algún tipo de abuso sexual durante la infancia.

## **Abuso sexual**

En la historia de la humanidad existen infinidad de casos en que el abuso sexual ha formada parte de la cultura misma de los pueblos ya sea como parte de ritos religiosos.

El abuso sexual es un problema social, que es reconocido por un pequeño segmento de la población.

La gran mayoría de la gente que ha tenido tales experiencias sexuales en su infancia, probablemente las ha mantenido como un secreto aún a sus más cercanos confidentes viviendo así una vida donde la vergüenza y la culpabilidad son de gran peso. Esta resistencia ha impedido la documentación del problema.

La Asociación Nacional para la Prevención del Abuso Sexual en Estados Unidos (2011) dice que en promedio uno de cada cinco niños es abusado en los E.U. antes de cumplir 18 años de edad.

En Canadá el Ontario Health Survey Supplement informo que entre (1990 y 1991) el 4.3% de niños y el 12.8% de niñas reportaron algún tipo de abuso sexual antes

de cumplir 17 años de edad y de ese universo, el 3.9% de niños y el 11.1% de niñas reportaron abuso sexual severo.

El Badgley Repor (2011) revela cifras mayores de incidencia de abuso sexual en menores de edad siendo que el 31% de niños y el 54% de niñas menores de 21 años reportaron algún tipo de abuso sexual.

La secretaria general de la mesa directiva del Senado de la Republica, Martha Sosa Govea, expuso que uno de cada cinco niños en el mundo sufre violencia sexual, así mismo dice que según datos del INEGI, existían más de 39 millones de niñas, niños y adolescentes en el país de cero a 17 años de edad en esta situación, lo que equivale al 37% de la población mexicana.

En Chile se calcula que uno de cada ocho niños será sexualmente agredidos antes de cumplir 16 años. En el 90% el abusador es un hombre y en más del 80% de los casos será un conocido.

En puerto Rico se calcula que 700<sup>0</sup> mujeres son violadas cada año y miles de niños son abusados sexualmente en sus hogares.

En Perú: 75% de las mujeres son violadas antes de cumplir los quince años

En ecuador: 3 de cada 10 niñas y niños han sido abusados sexualmente antes de los 16 años

En Caracas Venezuela: 20 mujeres son violadas todos los días

En Bogotá Colombia: 10 mujeres son violadas todos los días

En México de acuerdo con los datos del DIF y de la UNICEF en el año 2008, sufrieron abuso sexual veinte mil niños en México. El 80% de los menores explotados sexualmente son niñas cuyas edades oscilan entre 10 a 14 años. La mayor incidencia se presenta en el DF, Tijuana y Ciudad Juárez

En el D.F. Existe un promedio de 350 denuncias mensuales de delitos sexuales en donde la mitad de las victimas son menores de edad y en más del 60% son menores de 20 años.

### **Definición de abuso sexual**

Por abuso sexual se entiende “todos aquellos actos en los que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la (el) menor, se le pide que guarde



el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo “malo” a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia; estos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones placer”

El abuso sexual incluye: la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, el irrumpir en la en su intimidad, besarla/lo como si fuera adulta/to, el tocamiento corporal la masturbación, el sexo oral, anal, genital, penetración digital, equiparada o por el pene, el exponer, el exponer a ml amo el menor a actos sexuales entre adultos, el presenciar como abusan de otra/tro menor, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales y/o las conductas sugestivas, simulación de coito, prostitución y pornografía infantil( Finkelhor, 1980; Bear y Dimck, 1988; Blume, 1990; De Jong, Emans y Goldfarb, 1989; Finkelhor y Korbin, 1988; La Fontaine, 1990; González 1995; González 1997; Sgroi 1982).

## **Tipos de agresiones**

Dentro del abuso sexual se pueden considera tres tipos de agresiones:

**Físicas:** cuando se usa la fuerza física en la interacción con el menor y se produce o no una lesión o daño

**Emocionales:** cuando se produce una lesión o deterioro de las competencias del niño o niña con agresiones verbales (sarcasmo, culpabilización, menosprecio o insultos) una aptitud permanente de rechazo hacia el menor o las consecuencias que sobre el niño o niña tienen los conflictos familiares.

**Sexuales:** comprende todas las agresiones sexuales en donde se utiliza la fuerza Intimidación o prevalimiento de superioridad y actos realizados con menores de edad, o bien que ellos no comprenden o que no tiene la capacidad suficiente para consentir, y que pueden perturbar sus actitudes y comportamientos. Willian.M. B. (1995)

Finkelhor 1985 señala que la victimización sexual de menores contiene efectos similares a la agresión adulta (ansiedad, agitación, terrores nocturnos, miedos, fobias, alteraciones de la alimentación y del sueño), no obstante algunas víctimas presentan características añadidas, por ejemplo en niños menores de tres años se observan esencialmente cambios físicos (temperatura corporal y cambios en el carácter).

En adolescentes, aparecen conductas autodestructivas: drogas, huida de casa, intentos de suicidio y una asociación entre embarazo, anorexia nerviosa, y prostitución.

Se han detectado algunos elementos clave que potencializan los efectos traumáticos de la agresión sexual a los menores como:

- Duración temporal del abuso
- Proceso psicosocial de adaptación al abuso por parte del menor
- Escaso apoyo emocional familiar tras descubrirse el suceso
- Efectos derivados de la segunda victimización (cuando llega a delatar) o efectos negativos inducidos por los profesionales inicialmente dispuestos para su apoyo: psicólogo, policía, trabajador social, médico, etc.
- Existencia de un abuso físico y/o explotación económica (pornografía, prostitución, etc.)
- Violencia elevada ejercida por el adulto.
- Sentimiento de desprotección familiar a lo largo de la agresión.
- Agresor próximo afectivamente al niño.

Otro elemento a tomar en cuenta es la progresión del abuso sexual sufrido por el niño. La mayor parte sigue una escala de gravedad de siete formas.

Esto parece indicar que algunos agresores inician la agresión a niveles bajos, medio altos y que, en función de sus intereses y de la reacción del niño, pueden progresar en la escala hasta el final u otro nivel intermedio:

1.-Desnudez del menor. En ella lo fundamental es la finalidad concedida al acto por el agresor, siendo posible que el menor ni se de cuenta de lo que sucede. El contacto físico es escaso y persigue una finalidad de observación y de juego.

2.- observación del menor en actividad. Aquí puede existir una ligera persuasión por parte del agresor que introduce al menor en juegos sexualmente relevantes para el adulto, aunque no para el niño. Este tiende a verlo como algo raro pero los acepta sin rechazo.

3.-Besos. El paso de la fase anterior a esta es muy importante, aquí si existe un contacto físico parcial entre agresor y víctima, pero se inicia de forma pseudoafectiva para el menor, convirtiéndose en un proceso de aprendizaje inducido por el adulto el niño es capaz de percibir algo extraño o fuera de sus concepciones de habitualidad.

Acariciar al agresor o mutuamente. En este caso se le exige al menor un rol activo de la agresión, se persigue la satisfacción directa del agresor, pero continua presentado la apariencia formal del juego.

5.- masturbación del adulto. Esta frase es significativa pues el agresor se focaliza en el área sexual-genital inicialmente del agresor, aunque en adolescentes puede ser mutua.

6.- Felación/contacto genital. Se produce una relación sexual que resulta inexplicable para el menor y solo comprensible por la explicación del agresor

7.- penetración relación sexual forzada o no por el adulto. Sin duda es el gradiente mayor siguiendo la teoría de Self en victimización (Bard y Sangrey, 1979). No obstante no siempre es fácil diferenciar verbalmente entre esta fase y la anterior, pues cualquier daño sobre la zona vaginal tiende a interpretarse por las niñas como penetración aunque, posteriormente, la exploración física lo descarte.

En general mientras mas invasor sea el abuso mas violenta es la agresión, mas prolongado el acoso sexual y mas cercana la relación del perpetrador con la víctima, peor es el pronostico y mayor la necesidad de tratamiento a largo plazo (Krugman 1991)

El abuso sexual confronta a los niños con una percepción dolorosa de su impotencia y esto se ve reforzado al percibir que en su familia no existe un ambiente que les ayude a confiar o a enfrentar el abuso.

## **El contexto familiar**

El hecho de que la familia pertenezca al mundo de lo privado da pie a que lo que sucede dentro de ella continuamente quede a reserva de quienes mantienen el poder.

En algunas investigaciones se descubrió que gran parte del abuso sexual de niños tenía lugar entre los miembros de la familia. Ha sido más fácil identificar la dinámica familiar en el caso de incesto. El incesto padre-hija ha sido el tipo de incesto sobre el cual se ha teorizado más, ya que es el que se observa con mayor frecuencia.

A continuación de acuerdo a Lamberti S. (2002), se exponen algunas teorías sobre familias incestuosas y como en algunos casos estas teorías pueden generalizarse para incluir el abuso sexual fuera de la familia.

Aislamiento social; el incesto ocurre en familias caracterizadas por un alto grado de aislamiento social. El aislamiento parece reflejar y reforzar varias fuerzas que promueven el incesto además trae un clima en donde la desviación puede surgir más libremente. Así mismo, estas familias están aisladas de la sociedad que refuerza en tabú del incesto en familias que no están aisladas; además, al no contar con modelos disponibles, el comportamiento incestuoso puede llegar a ser aceptado como normal

Papeles de Confusión; el incesto y otro tipo de incesto entre el adulto y el niño son formas de confusión de un cierto papel, y como tales son problemas de una socio patología mas que de una psicopatología. El sexo adulto-niño, los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto. En esta teoría, el incesto es una especie de adaptación funcional a un grave forzamiento de papeles. Los padres en estas familias usualmente tienen matrimonios infelices y el sexo entre los conyugues es desagradable o simplemente no existe.

El ambiente del abandono; el incesto puede ocurrir como respuesta a un clima emocional dominado por el miedo al abandono. En estas familias donde cada uno de los miembros teme ser abandonado por los otros, la sexualidad puede ser un medio final utilizado para tratar de romper ese trauma. Existen dos características

que parecen ser particulares de las familias donde este tipo de crisis lleva al incesto. La primera es que poseen un record de abandono que domina la historia familiar. En segundo lugar, los personajes dentro de la familia parecen estar cambiando constantemente.

Gran parte del abuso sexual que es reportado tiene lugar entre los miembros de la extensión familiar: abuelos tíos primos y otros parientes. Han surgido otras teorías que utilizan factores familiares a partir del estudio del caso más general de victimización sexual tanto dentro como fuera de la familia.

Conflictos maritales; los conflictos maritales pueden provocar en el niño una vulnerabilidad hacia la victimización sexual por parte de cualquier persona en dos sentidos. Primero, los somete con frecuencia a mensajes contradictorios sobre el sexo; la confusión sexual resultante traba su habilidad de manejar un abuso sexual potencial; en segundo lugar, el conflicto puede pesar en el niño de tal manera que le provoque inseguridades sobre donde buscar protección.

Sobresexualización; los niños de tales familias tienen modelos sexuales inapropiados y una socialización sexual poco común. Además son estimulados sexualmente por sus propios padres, probablemente no directamente, pero como resultado de las pláticas o la exposición a conductas sexuales poco comunes.

Supervisión deficiente; los niños son vulnerable al abuso sexual cuando tienen una supervisión deficiente.

## **La sociedad.**

La victimización sexual infantil no es universal. Existen sociedades donde no se sabe que ocurra, e indudablemente hay partes de nuestra sociedad donde es menos común.

Lo que resulta importante de la victimización sexual en nuestra propia sociedad es que este tabú es violado con frecuencia. Existen dos teorías que explican la frecuencia en la violación de este tabú desde el punto de vista social y cultural. Finkelhor (1985).

La supremacía masculina; la victimización sexual puede ser tan común entre nuestra sociedad debido al grado de supremacía masculina que existe. Es una manera en que los hombres ejercen control sobre la mujer; para mantener este control los hombres necesitan un vehículo por medio del cual la mujer pueda ser

castigada, puesta en orden y socializada dentro de una categoría subordinada. La victimización sexual y su amenaza son útiles en mantener intimidada a la mujer y el proceso comienza en la infancia con la victimización de la niña.

El hecho de que la urgencia sexual masculina es vista como predominante y necesaria de ser satisfecha, le permite al hombre racionalizar el escaparse hacia conductas antisociales como el abuso sexual. En un sistema de desigualdad sexual y generacional grave la mujer y los niños no cuentan con los medios para defenderse contra tal victimización sexual

Fragmentación social; el abuso sexual es algo común en esta sociedad debido al creciente aislamiento de individuos y familias. El aislamiento facilita el abuso sexual de dos maneras: primero reduce la intensidad de la supervisión social general de modo que pueda aumentar toda clase de desviaciones y en segundo lugar, priva a las personas de formas socialmente aceptables de apoyo e intimidad, de modo que puedan recurrir a formas que sean tabú.

### **Similitudes y diferencias entre Abuso sexual y violación.** Echeburua E. Gerricaechevarria (2001)

#### Similitudes:

- 1.- Involucra los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o la víctima.
- 2.- Los ofensores son casi todos hombres.
- 3.- las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales. Se sienten humillados estigmatizados; se preguntan si tiene alguna culpa de su situación y con frecuencia no alcanzan a contarle a alguien sobre su experiencia debido a la vergüenza y la incertidumbre que le provoca.

#### Diferencias:

- 1.- Las víctimas son tanto hombres como mujeres.
- 2.- Las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares de sus víctimas.
- 3.- El caso del abuso sexual de niños consiste, más frecuentemente que en la violación, de incidentes repetidos, donde un amigo o pariente se aprovecha del niño en diversas ocasiones.

4.- El abuso sexual de niños involucra una violencia y fuerza física menor que la violación la cual frecuentemente va acompañada de un ataque físico

5.- El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niños generalmente no es un coito sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición.

6.- El abuso sexual infantil implica a más personas de las que implica la violación, que típicamente involucra uno o dos atacantes y a la víctima.

7.- El abuso sexual de los niños requiere de una clase diferente de ayuda social y los casos de violación son reportados generalmente a la policía.

El patrón en el abuso sexual es típicamente uno de una relación mucho más cercana entre el ofensor y la víctima que en el caso de la violación.

## **JUSTIFICACIÓN**

La mayoría de las mujeres que han vivido abuso sexual lo mantienen en silencio ya que gran parte de éste tiene lugar dentro de la misma familia, este silencio adoptado las lleva a manifestar un mayor grado de ansiedad, agitación, terrores nocturnos, miedos, fobias, alteraciones de la alimentación y del sueño y consumo de drogas.

La presencia del consumo de drogas en las mujeres no es vista por la sociedad de igual forma que cuando un hombre consume, las expectativas culturales también han asignado a la mujer tareas que la mantenían fuera de este contexto, por lo que en este caso, ella se tiene que enfrentar no sólo a la repercusión física, emocional y mental que genera el consumo sino también a una sociedad que la juzga de forma diferente.

Esta forma juzgar a la mujer no tiene que ver con la conductas que lleve a cabo cuando se encuentre bajo los efectos de alguna sustancia, sino con una serie de valores que la misma sociedad le ha asignado.

Este trabajo tiene la finalidad de crear estrategias de intervención que permitan a las mujeres del Centro de Tratamiento para las Adicciones elaborar las consecuencias que les ha dejado el sufrir abuso sexual así como el consumo de drogas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El abuso sexual es motivo de conductas autodestructivas (intento de suicidio, huida de casa, deserción escolar) y una asociación entre embarazo, anorexia nerviosa, prostitución y consumo de drogas.

El consumo de drogas produce gastos a las instituciones, sin embargo es importante conocer las particularidades de aquellas que las consumen, ya que por lo regular en la mayoría de los casos el consumo de drogas lleva a las mujeres a reexponerse al trauma vivido en la infancia, induciéndolas a la búsqueda de relaciones similares a las del abuso, e induciéndolas a mostrar una incapacidad para adaptarse a una sociedad que permite el abuso hacia ellas.

De acuerdo a lo anterior surge el planteamiento del problema.



Cuál es la relación entre el abuso sexual y el consumo de drogas en mujeres de un Centro de tratamiento para las adicciones.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general

Conocer si hay una relación entre el abuso sexual y el consumo de drogas

Objetivo específico

Identificar el tipo de drogas consumidas en mujeres que han sufrido abuso sexual.

Explorar el tipo de abuso sexual y la edad en que se inició.

## **METODOLOGÍA**

Diseño del estudio: la presente investigación se inserta dentro de la metodología cualitativa ya que esta produce datos descriptivos que surgen de las propias palabras de las personas entrevistadas, este método cualitativo es esencialmente humanista y procura dar énfasis a la validez de la investigación (Taylor y Bogdman 1986).

## **Población**

Las mujeres que participaron en la investigación se encontraban internas en el Centro de Tratamiento y tenían entre 21 y 52 años.

## **Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo en un Centro de Tratamiento para las Adicciones ubicado en la Delegación Xochimilco. Este centro brinda atención a mujeres con problemas de adicción, en él se encuentran internadas (ya sea por convicción o por medio de sus familiares) mujeres que desean recuperarse del consumo de drogas. El tratamiento tiene una duración de tres meses y durante su estancia ellas no puede salir del lugar, son visitadas cada ocho días durante tres horas por sus familiares; reciben tratamiento médico y psicológico, además de realizar los

quehaceres domésticos llevan a cabo algunas actividades recreativas (yoga y taller de costura)

En primer lugar se solicitó el permiso correspondiente para poder llevar a cabo al estudio a la directora del Centro de Tratamiento para las Adicciones; una vez aceptada la solicitud se realizó una plática inicial por medio de la cual se les explico a las siete mujeres que se encontraban internadas en ese momento cual era la finalidad del estudio; se les entrego una carta de consentimiento informado (aceptaron participar las siete)

Las mujeres que participaron en la investigación cubrían los criterios de inclusión. Posteriormente se inició con las entrevistas a profundidad con cada una viéndolas una vez a la semana tres veces por ocasión las entrevistas fueron grabadas.

Las mujeres que terminaron las entrevistas fueron tres, ya que una de ellas se fue del centro antes del tiempo establecido para las entrevistas las mujeres utilizaron pseudónimos.

## **Instrumentos**

Para obtener la información respecto al consumo de drogas se aplicó un cuestionario llamado “Cedula Individual Sobre Consumo de Drogas” para obtener la información respecto al consumo de drogas y otro cuestionario para identificar el abuso sexual. Este cuestionario fue tomado del MINI International Neuropsychiatric Interview.

Además de los instrumentos antes mencionados se realizó una entrevista a profundidad la cual es vista como proceso comunicativo de extracción de información, en el que el entrevistador y entrevistado co-construyen, en cada instante, el discurso que va de lo psicológico a lo sociocultural. La entrevista a profundidad puede utilizarse para usos exploratorios, preparatorios o de contraste, ilustración o profundización, con el fin de reconstruir acciones pasadas, estudiar representaciones sociales personalizadas, estudiar la interacción entre constituciones psicológicas personales y conductas sociales específicas y/o estudiar una prospección de los campos semánticos, vocabulario y discursos arquetípicos de grupos y colectivos. (Alonso en Valles, 1997). Las entrevistas fueron grabadas y tuvieron una duración de hora y media con cada una de las participantes se les pidió a las mujeres que utilizaran un pseudónimo para guardar el anonimato y la confidencialidad.

## RESULTADOS

### Las Historias de Vida

Tomando en cuenta la voz de las mujeres que han sufrido abuso sexual y además están en tratamiento por el consumo de drogas fue importante conocer cómo perciben esta relación y como la han enfrentado.

Jazmín tiene 21 años, estudio hasta el segundo año de secundaria, tiene cuatro hijos de 5, 3 y 2 años, Y un bebe de seis meses, vive en unión libre, Dalia tiene 26 años, estudio hasta el tercer semestre de bachillerato, vive en unión libre y tiene un hijo de tres años, Hortensia tiene 51 años, estudio enfermería a nivel técnico, actualmente se encuentra divorciada, aunque sigue llevando una relación de pareja con su ex esposo; ella tubo dos hijos los cuales ya fallecieron y tiene una hija adoptada de 18 años.

### Consumo de Alcohol en la Familia

Las tres provienen de familias en donde hubo consumo de alcohol, en el caso de Hortensia el alcohólico era el padre, en Dalia ambos (el padre y la madre) y en la de Jazmín el padrastro. Tanto Jazmín como Hortensia pertenecen a familias “reconstruidas”. En el caso de Jazmín su padre murió cuando ella tenía un año y su madre a los pocos meses de haber muerto su padre se junto con otro señor del cual tiene un hijo. En el caso de Hortensia su madre enviudo y de este matrimonio quedo con tres hijos, posteriormente al volverse a casar tubo tres hijos más, entre ellos a Hortensia. En las tres familias se vivió con un alto grado de violencia intrafamiliar en donde constantemente las mujeres (esposas) eran ofendidas emocional y físicamente por parte de los hombres (esposos), sin importar la presencia o la participación de los hijos. La literatura plantea el que aun cuando el consumo de drogas no es la causa de la violencia, este constituye un factor desencadenante o en efecto de la misma. Plada A., (1996)

*“Dalia: desde que era pequeña los dos se ponían a tomar en las fiestas o en la casa ya que estaban bien borrachos se empezaban a pelear y algunas veces mi mamá le tiraba la ropa a la calle a mi papá; yo llorando me salía a recogerla y le pedía a mi padre que no se fuera”.*

*“Hortensia: mi mamá, era una buena mujer pero mi padre la trataba mal, mi padre era violento siempre estaba borracho y la insultaba y le decía groserías, le decía*

*que era una puta; ofendía también a mis hermanos los que no eran sus hijos y todos sufríamos mucho, ya que entre nosotros nos queríamos igual”.*

### **Consumo de Drogas e Inicio de su Consumo**

Las siete mujeres que se encontraban en el Centro de Tratamiento para las Adicciones, habían consumido durante largo tiempo sustancias como el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack y PVC. Ellas han sido internadas en este centro de manera obligatoria por su familia, debido a que por el consumo adictivo han dejado de ser funcionales en cuanto a lo que la familia considera debieran de cumplir. Dos de ellas abandonaron los estudios debido al consumo de drogas y a la falta de estímulo familiar, la otra aunque terminó una carrera técnica no sintió debido a su baja autoestima la confianza para desarrollarse en ese ámbito.

La relación con sus padres es distante debido al resentimiento con el que dicen viven el abuso sufrido; siempre considerando que los padres y en especial la madre debió darse cuenta o haber hecho algo por ellas, o qué si se dieron cuenta debieron de impedirlo. Con los hermanos también llevan una relación distante debido a las recaídas, o a que ellos también consumen algún tipo de sustancias.

El inicio del consumo de drogas en Jazmín y en Dalia fue durante la adolescencia, mientras en Hortensia se presentó alrededor de los treinta años; en las tres el inicio se debió a la influencia de amigos. Dalia dice haber iniciado el consumo de alcohol para socializar. Estos datos confirman lo reportado por las encuestas tanto de estudiantes como de la población en general. (ENA 1998)

*“Dalia: un primo me invitó a probar las viñas el sabor me gustó y de ahí probé la cerveza y es lo que más me gusta”.*

*“Hortensia: a mí en realidad el alcohol no me gustaba, sólo que me insistían hasta que finalmente me gustó, al principio era cada mes o cada que había reuniones, después ya fue más seguido”.*

*“Jazmín: un día un chavo que vivía en casa de mi abuela me dio una mona y me gustó”.*

Las tres iniciaron con consumo de alcohol y de tabaco, Dalia llegó a consumir marihuana pero dice no haberle gustado porque le generaba hambre y ella tenía preocupación respecto a su peso, al grado que llegó a padecer bulimia.

Padecimiento que de acuerdo a la literatura se presenta en las mujeres que han vivido abuso sexual.

*“Dalia: mi hermano es homosexual y padecía anorexia entonces me iban a hacer mis quince años y me decía: si sigues comiendo no te van a poder cargar los chánbelanes, que no ves lo gorda que te ves; entonces yo empecé a comer y después me provocaba el vomito”.*

Fue llevada a una institución gubernamental en donde le prescribieron medicamentos los cuales estuvo tomando por algún tiempo y los suspendió al quedar embarazada, ya que coincide el que durante este tiempo su hambre haya vuelto a la normalidad y aun después del parto hasta la fecha, el padecimiento se mantiene en remisión.

Jazmín poco después de iniciar con alcohol y tabaco empezó a hacer uso de PVC hacia el cual mostro una mayor inclinación. Hortensia a pesar de haber iniciado su consumo en una etapa más tardía, desarrolla una adicción mayor en cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol (se presupone que este aumento en el consumo se encuentra relacionado a la muerte de sus hijos de 22 y 17 años por un accidente automovilístico) y experimentación con otras sustancias tal como la cocaína y el crack. Este consumo lo realizaba por lo regular con amigas de la infancia y con una de sus hermanas.

La depresión de acuerdo a la literatura es un factor desencadenante hacia el consumo de drogas. Eduardo C., (2004)

*“Hortensia: comencé a tomar porque ya no le hacia falta a mis hijos, primero era puro alcohol en las fiestas o con mi esposo, pero después de que se mataron mis hijos ya no me importaba y probé otras cosas. Me drogaba porque así podía hablar de mis hijos, porque así podía desahogarme”.*

## **Tratamiento**

Dalia y Jazmín era la primera vez que recibían tratamiento y que estaban internadas.

*“Dalia: estoy aquí por mi consumo de alcohol, mis padres decidieron junto con mi esposo internarme porque por estar tomando se me olvido ir por mi hijo a la escuela”.*

*“Jazmín: yo no sé porque estoy aquí, yo estaba bien y cuidaba a mi bebe; si me hacia mi mona me salía afuera y cuando el bebe se dormía me acostaba junto a él con mi mona. Yo lo único que quiero es irme con mi hijo”.*

Hortensia ha estado internada en tres ocasiones debido a su consumo y su mayor tiempo de abstinencia (sin dejar tabaco) ha sido de tres años; cuando ella recae nuevamente coincide con la muerte de un sobrino que tenía la misma edad que su hijo al morir.

Ella refiere tener una desagradable experiencia respecto a los centros de tratamiento anteriores ya que no está de acuerdo con la forma en que la tratan.

*“Hortensia: te tratan muy mal, te bañan con agua helada, me obligaban a lavar los baños de los hombres, te obligan a comer una comida que sabe horrible. Cuando salía de ahí salía llena de resentimiento y odiando a todos, en especial a mi esposo por meterme en ese lugar”. En este lugar que estoy ahorita me ha sentido mejor”.*

De acuerdo a la literatura los centros y programas contra las adicciones no toman en cuenta algunas características propias de cada género. Romero M., Saldivar G., Loyola L., Rodríguez E., Galván J., (2010).

### **Abuso sexual**

Todas las entrevistas reportaron haber sido violadas entre los ocho y nueve años la violación se llevó a cabo en su casa o la de algún familiar y quienes lo perpetraron fueron padrastro y primos. Estos datos se corroboran con lo reportado en la literatura. Ellas no mencionaron este hecho de acuerdo a la literatura por el temor de perder el afecto de su familia, de que no les crean, o de que los adultos las consideren culpables. También llegan a pensar que la madre sabe lo que está pasando. Volnovich (2002)

De las siete mujeres que se encontraban internas en el Centro de de Tratamiento para las Adicciones, cuatro habían vivido abuso sexual infantil, tres violación y por último una de ellas se fue del Centro antes de concluir su tratamiento, en este caso sus genitales fueron manipulados durante largo tiempo por uno de sus tíos.

En el caso de las cuatro este acto se llevo a cabo por familiares muy cercanos a ellas.

Las tres decidieron guardar silencio respecto al hecho, sin embargo en el caso de una de ellas esto se descubre y aunque es llevado ante la ley, no hubo resultado en cuanto a la denuncia. Sólo una de ellas ha recibido tratamiento al respecto y pareciera que no logro hacer el proceso adecuado (no lo supera) ya que al hablar del abuso se pone nuevamente mal (llora mucho) Las tres ven perjudicada su autoestima llevándolas a sentirse, devaluadas, menospreciadas y sin la posibilidad de encontrar un hombre que las pueda querer ya que ellas consideran que el abuso sufrido se denota, se puede ver independientemente de que no lo hayan

contado anteriormente. Su inestabilidad emocional las ha llevado a mantener relaciones sexuales con diferentes parejas con las cuales ponen en riesgo su salud física y emocional, ya que en ellas constantemente revivifican el abuso anterior sintiéndose nuevamente utilizadas y maltratadas; aunado a que estas parejas por lo regular también consumen algún tipo de drogas y proveen a ellas de las mismas.

Dalia refiere que su violación fue debido a que sus padres se dedicaron a atender a su hermano el cual es homosexual y en aquel tiempo presentó un episodio de anorexia. Sus padres lo llevaban al doctor y mientras lo hacían la dejaban a cargo de una tía la cual se iba a trabajar y por lo tanto se quedaba con su primo de dieciocho años y su prima de nueve; su primo inició tocándole sus partes y la amenazaba diciéndole que si lo contaba nadie le iba a creer; ella se quedaba callada y le insistía a su madre que ya no la llevara, sin embargo comenta que su madre nunca le preguntó por qué. Esta información por parte de Dalia demuestra el abandono en que se desarrollan los hijos de padres alcohólicos de acuerdo a la literatura. Salinas T., (2009).

*Dalia: En una ocasión mientras yo y mi prima dormíamos él me comenzó a tocar y me bajo las pantaletas a pesar de que yo llorando le rogaba que no lo hiciera, me violó, me penetro no por la vagina sino por vía anal. Fue un dolor intenso, tan intenso del alma y físicamente. Mientras yo le decía que parara el lo hacía más y más duro.*

Ella hasta ahora no le había comentado a nadie lo que le pasó

*“Dalia: me daba miedo decirlo y además no me iban a creer, iban a decir que no era cierto y me iban a juzgar y más que nada eso.*

Dalia considera que este hecho le ha afectado mucho.

*“Dalia: me ha afectado mucho; sentía mucho coraje contra mis padres en especial contra mi mamá, no entendía como no pudo darse cuenta”.*

En la escuela se comenzó a aislar de su grupo de compañeras, le molestaba que las niñas expresaran su gusto hacia los niños ya que consideraba que a ella nadie la iba a querer, que aunque seguía siendo virgen estaba sucia, sentía que aunque ella no lo había dicho todos los hombres ya lo sabían, que ellos se lo podían ver. También le daba mucho resentimiento considerar que sus compañeritas si tenían una familia y ella no ya que sus padres la pasaban peleando.

El recuerdo de la violación reaparece en determinados momentos.

*“Dalia: el recuerdo me aparece en mis sueños o en algunas ocasiones en las que lo estoy haciendo, en ese momento pienso que esa persona me esta utilizando y que se está burlando de mi”.*

El consumo de alcohol la ha llevado a mantener relaciones sexuales con dos parejas más así que ella considera que el alcohol no la ha ayudado a olvidar el evento sino todo lo contrario considera sentir un vacío peor.

*“Dalia el consumo de alcohol me ha llevado a traicionar a mi esposo, más que querer tener sexo, me pongo a tomar con ellos y después terminamos haciéndolo”.*

A Dalia le quedan pocos días para salir del Centro de Tratamiento y considera sentirse bien al dejar de consumir alcohol sin embargo le preocupa su consumo de tabaco el cual durante su tratamiento ha ido en aumento.

Dalia dice sentirse bien de haberlo dicho de haber podido hablar sobre ello ya que durante su tratamiento no le habían preguntado nada al respecto.

Hortensia fue violada a los ocho años por uno de sus primos.

*Hortensia: “tenía yo ocho años y mi mamá me mandó a comprar un refresco a la tienda de mi tía, mi primo de 17 años atendía la tienda y me dijo que entrara que me iba a dar unos dulces, me metió a un cuarto me bajo la pantaletas y me empezó a violar. Mi tía entro, se dio cuenta y me pidió que no se lo contara a nadie, me dijo que no había pasado nada, que no lo contara y que no volviera a ir a la casa”.*

Ella se quedó callada, no lo comentó con nadie pero dice que se sentía muy mal. A partir de eso su tía le regalaba muchas cosas.

*“Hortensia: me daba continuamente regalos para que yo no dijera nada; en especial me daba muchas cosas el día de reyes”.*

Hortensia: considera (ya que dice no recordar) que la relación fue anal porque cuando tubo su primera relación sexual por la vagina recuerda que sangro.

Hubo una ocasión en que el primo le quiso hacer lo mismo a su hermana estando ella ahí presente.

*“Hortensia: aunque estaba allí no me acuerdo bien, sólo recuerdo que el jaloneaba a mi hermana y las dos gritábamos pero no me acuerdo si la violó, cuando salimos de allí prometimos no hablar nada, al grado que hasta ahorita nunca lo hemos mencionado”.*



En las tres veces que ha estado anexada ha tocado el tema de la violación y, a su consideración ya no le duele (aunque cuando lo esta mencionando llora), sin embargo reconoce que ese hecho fue el que destruyo su autoestima, ella sentía no valer nada, se sentía sucia.

*“Hortensia: al principio me costaba trabajo mantener relaciones sexuales con mi esposo, porque me sentía sucia”.*

El recuerdo de la violación se mantiene y reaparece en ciertas ocasiones.

*“Hortensia: cuando estoy teniendo sexo, a veces lo recuerdo y me excito a la hora de la penetración”.*

Hortensia ha tenido dos parejas con quienes ha mantenido relaciones sexuales, con ambos el motivo no ha sido el deseo sexual sino más bien el consumo de drogas.

Jazmín

Teniendo ella un año murió su padre y a los pocos meses su madre se junto con otro señor y la dejo a ella y a sus otros dos hermanos con su abuela e iba a visitarlos de vez en cuando. A los pocos meses se los llevo a vivir con ella. Ella no recuerda cuanto tiempo después de llegar a vivir allí comenzó el abuso.

*“Jazmín: primero empezó a abusar de mi hermana, ella y yo nos abrazábamos y ella me decía no digas nada porque si lo decimos va a matar a mi mamá”.*

Después de un tiempo el le comenzó a tocar a ella los genitales, ella está convencida que su madre se daba cuenta.

En una ocasión estando las dos en casa de su abuela su padrastro llevo borracho y se metió a dormir en la recamara de ellas, al verlo ambas decidieron dormir juntas y abrazadas, además de prometerse que no se iban a dormir para que él no les hiciera nada sin embargo no fue así.

*“Jazmín: no sé como fue, yo no me di cuenta pero por un momento me dormí y cuando me desperté estaba en la otra cama y él estaba arriba de mi hermana”.*

Ella salió corriendo y le grito a su abuela; ella puso una demanda en contra del padrastro sin embargo su madre lo saco de la cárcel.

Todas las veces que ha tenido necesidad de regresar a casa de su madre su padrastro la vuelve a violar, él aun enfrente de su madre le dice que tiene ganas de cogérsela.

Jazmín ha tenido relaciones sexuales con diversos hombres sin embargo dice que todo se debe a que la violación la descoyuntó.

*“Jazmín: la violación me dejó sin mi mamá, y sin poder estar bien con un hombre, sin poder tener un orgasmo, no me gusta que me abracen, no me gusta que me besen, sólo quiero que me quieran”.*

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio coinciden con la literatura en la mayoría de los aspectos relacionados al consumo de drogas y al abuso sexual, sin embargo se presentan algunas particularidades relacionadas al papel que se asigna a la mujer dentro de la sociedad, su papel como madre y respecto al papel que tienen que desempeñar las mujeres dentro de los centros de tratamiento.

Respecto al consumo de drogas a pesar de que el inicio difiere en cuanto a la edad de una de ellas, ha seguido el patrón esperado respecto al aumento del consumo de la sustancia o al agregar otro tipo de sustancias a la ya consumida.

En este Centro de tratamiento la mayoría de las mujeres han sufrido abuso sexual situación similar sucede en la mayoría de los centros de tratamiento solo que no se investiga a profundidad.

En cuanto a los agresores coincide con la literatura al reconocer que en estos casos el abuso fue llevado por familiares cercanos y en la casa de ellos. (Russell1986; Finkelhor 1988; Herman 1992; Batres 1995).

Al abordar el tipo de abuso llama la atención que en los tres casos no se trato "simplemente de un abuso sexual sino que se llevo a cabo una violación.

Dos de los casos difieren de lo establecido en la literatura al considerar que el primer acercamiento sexual no es siempre la violación, sino que se da un proceso lento en el que se inicia por medio del juego (cosquillas) y que posteriormente se tocan los genitales, el ofensor pide ser tocado, masturba a la niña etc. En pocas situaciones el primer contacto se ve acompañado de la penetración Batres (1995). Dos de estas mujeres fueron violadas a los ocho años, por hombres que les llevaban una diferencia de edad importante (diez años) sin que haya habido un abuso sexual anterior.

Al igual que en otros estudios en este caso prevalece la presencia del silencio por parte de las victimas al considerar que ponen en peligro a su familia si informan lo sucedido. También podemos observar en este estudio la negligencia de la ley, cuando se acuso a un hombre de abusar de una niña y el papel de colusión de la madre con el mismo victimario de su hija.

Los resultados de este estudio apoyan la relación del abuso sexual y su sintomatología en la adolescencia y en particular con el consumo de drogas; respecto al consumo de drogas, se ha notificado que un alto porcentaje de la población que abusa de ellas ha sido victimizada durante la infancia; de hecho el consumo de drogas llega a ser utilizado como una forma en que la victima oculta o mitiga su ansiedad relacionada al recuerdo o a los efectos dolorosos

relacionados al suceso, y con frecuencia ello inicia en respuesta a la ansiedad generada por la intimidad psicológica y sexual que se puede alcanzar durante un encuentro sexual en la adolescencia o en la adultez. Ramos-Lira, Saldivar-Hernández, Medina-Mora, Rojas- Guiot, Villatoro- Velazquez. (1998)

Las mujeres que han sido abusadas sexualmente no sólo han tenido que enfrentarse a este doloroso suceso que rompe con su estabilidad física y psíquica, también suelen enfrentarse a un cuestionamiento que hace la sociedad respecto a su consumo sin poder conocer o considerar las particularidades que las han llevado a ello. La mujer no coexiste en un mundo de consumo de sustancias que es inventado, vivido y manipulado por los hombres; por lo tanto al querer involucrar o formar parte del mismo es juzgada con severidad y muchas veces segregada de su propio núcleo familiar o social.

En los Centros de tratamiento no se toman en cuenta las individualidades de quienes se encuentran en ellos y pareciera que allí también la mujer se encuentra consignada a algunas obligaciones determinadas por su género y a tener que pagar por infringir las reglas que las leyes sociales le tienen asignadas. Ellas esperan su salida con sentimientos encontrados ya que por un lado les da gusto pero por el otro les genera angustia saber cómo van a poder sobrellevar un mundo en el que como ellas comentan sigue igual. Las que tienen que ser diferentes son ellas.

Resulta cuestionable que a una mujer que tiene hijos pequeños se tenga que ver en la posibilidad de tener que dejarlos con la finalidad de “rehabilitarse”; sin considerar la angustia que se genera en una madre al tener que dejar a un hijo, la culpa a la que se enfrenta al no haber cumplido con el papel que se esperaba de ella de acuerdo a la sociedad.

Finalmente habría que pensar en la reestructuración de los programas de tratamiento para las mujeres, ya que se olvidan de que la mayoría tiene hijos y éstos tienen que sufrir un doble abandono primero por el consumo y después cuando la madre entra a rehabilitación y además es triplemente estigmatizada por ser mujer adicta y madre que no cumple con lo esperado de su género.

## Referencia bibliográfica

Aznar, MP (2002): Psicología de género implicaciones en la vida cotidiana, Biblioteca Nueva Madrid.

Batres MG. Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas de incesto.2. Ed., rev.- San José, Costa Rica: ILANUD.

Bosch FE: La violencia de género algunas cuestiones básicas, ed. Formación Alcalá (2007).

Castro R: Violencia contra las mujeres embarazadas; tres estudios sociológicos. UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, (2004)

Echeburua, E: Guerricaechevarria. Abuso sexual en la infancia víctimas y agresoras, ed. Ariel, Barcelona (1999)

Finkelhor D: El Abuso sexual al menor causas consecuencias y tratamiento psicosocial FALTA New York (1980).

Finkelhor D: y Browne. El impacto traumático del abuso sexual infantil: una conceptualización, New York 1985.

González , R.: Capitulo II Experiencia universitaria y de otras instituciones. 1. El abuso sexual al menor. En la violencia social en México. Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. PUIS/UNAM, México; en proceso de publicación.

Instituto Nacional de Psiquiatría, Conadic, Instituto Nacional de las Mujeres, Mujeres y adicciones: 2010 México.

Lamberti, S: Violencia familiar y abuso sexual, ed. Universidad de Buenos Aires (2000).

Lara, A. y Salgado de S: Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas, ed. Pax México (2002).

Lamoglia, E: Abuso sexual en la infancia, ed. Grijalbo. México (2001).

Linares, J: Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control, ed. Paidós. Barcelona (2002).

Ramos, L., Saldivar G., Medina, M., Rojas, E., Villatoro, J., Prevalencia del abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Vol. 40 No. 3 Junio 1998.

Romero, M., Mujeres en prisión una mirada a la salud. CONACID, Dirección General de Prevención y Readaptación Social Del Gobierno del D.F., Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente, México (2004).

Romero, M., Saldivar, G., Loyola, L., Rodríguez:, E., Galván, J., Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. Vol. 33 No. 6 noviembre 2010.

Valles, M: Técnicas cualitativas de intervención social: Reflexión, metodología y práctica profesional, ed. Síntesis, Madrid.

Volnovich, J: Abuso sexual en la infancia, ed. Lumen, Buenos Aires. (2002).

## Cronograma de actividades

|  | Diciembre<br>Semana 1-4 |  |  |  | Enero<br>Semana 5-8 |  |  |  | Febrero<br>Semana 9-12 |  |  |  | Marzo<br>Sem. 13-14 |  |  |  |
|--|-------------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|
| Búsqueda de bibliografía y elaboración del protocolo                             |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |
| Solicitud de autorización en el C.D.A.   |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |
| Platica de información sobre el estudio.<br>Entrega del consentimiento informado |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |
| Aplicación del cuestionario  |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |
| Análisis de los resultados   |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |
| Estrategias a seguir   |                         |  |  |  |                     |  |  |  |                        |  |  |  |                     |  |  |  |

# ANEXOS



## **Anexo 1**

México D.F. 6 de Enero del 2012

Centro de Tratamiento para las Adicciones

Por medio del presente le solicito su autorización para poder tener acceso al Centro de Tratamiento para las Adicciones; esto con la finalidad de llevar a cabo el proyecto de investigación que lleva por nombre “Consumo de Drogas y Abuso Sexual en Mujeres del Centro de Tratamiento para las Adicciones.

Atentamente  
Psi. Anie Castellanos Quevedo

## Anexo 2

### Carta de consentimiento informado

Entrevistada.

Por medio de este documento reconozco que he sido informada sobre la finalidad del estudio “consumo de drogas y abuso sexual” y acepto participar de manera voluntaria, comprometiéndome a brindar la información requerida así como asistir a las sesiones que resulten necesarias.

---

Firma de aceptación

Investigador

Por medio de este documento me comprometo a que toda la información que se obtenga para la elaboración de este estudio será manejada en forma confidencial y se evitara dar a conocer el nombre del entrevistado utilizando un pseudónimo para referirse a el

---

Firma de aceptación

### Anexo 3

### Cuestionario

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Cuando ingreso al CDA \_\_\_\_\_

De que delito se le acusa \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo deberá permanecer en el CDA \_\_\_\_\_

1.- ¿alguna vez alguien te ha forzado o presionado a tener un abuso sexual? Es decir ¿te han tocado tus partes sexuales o has tocado las partes sexuales de otra persona en contra de tu voluntad

No

Sí, cuantos años tenías

¿Quien fue?

2.- alguna vez alguien te ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad es decir usando la fuerza física o amenazándote de alguna forma

No

Si

Cuántos años tenías

Quién

¿Cuántas veces ocurrió?

Fue una persona o más de una

De que sexo eran

¿En donde ocurrió?

¿Se lo platicaste a alguien?

A quien

## Anexo 4

Algunas veces consumimos sustancias para el dolor, para calmar los nervios, para tener más energía o para poder dormir. Alguna vez has tomado:

D R O G A S                    M É D I C A S

A                    B                    C                    D                    E                    F                    G

| TIPO DE DROGA<br><br>Especifique el nombre que el usuario reporte | USADA ALGUNA VEZ EN LA VIDA<br><br>Sí.....1<br>No.....2 | USADA EN EL ULTIMO AÑO<br><br>Sí.....1<br>No.....2 | NUMERO DE DIAS QUE LA USO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS<br><br>Ninguno.....0<br>1 a 5 días.....1<br>6 a 19 días.....2<br>20 o más días.....3<br>No especifica.....4 | AÑO DE INICIO EN EL CONSUMO (Anotar las últimas cifras del año) | EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO (Anotar la edad en años) | FORMA DE USO<br>Inyectada.....1<br>Fumada.....2<br>Inhalada o Aspirada.....3<br>Tragada o Tomada.....4<br>Untada.....5<br>Si la consume de 2 formas diferentes indique cuáles | MOTIVO<br><br>Autorrecetada 1<br>Prescripción2 |
|---|---|--|--|---|---|---|--|
| <b>ANFETAMINAS Y ESTIMULANTES</b><br>_____<br>_____               | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| <b>SEDANTES</b><br>_____<br>_____                                 | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| <b>TRANQUILIZANTES</b><br>_____<br>_____                          | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| <b>OTROS OPIACEOS</b><br>_____<br>_____                           | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| <b>OTRAS DROGAS MEDICAS</b><br>_____                              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |

Anexo 5

D R O G A S N O M E D I C A S

A B C D E F

| TIPO DE DROGA<br><br>Especifique el nombre que el usuario reporte | USADA ALGUNA VEZ EN LA VIDA | USADA EN EL ULTIMO AÑO   | NUMERO DE DIAS QUE LA USO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS   | AÑO DE INICIO EN EL CONSUMO (Anotar las últimas cifras del año) | EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO (Anotar la edad en años) | FORMA DE USO  |
|---|-----------------------------|--------------------------|--|---|---|---|
|   | Sí.....1<br>No.....2        | Sí.....1<br>No.....2     | Ninguno.....0<br>1 a 5 días.....1<br>6 a 19 días.....2<br>20 o más días.....3<br>No especifica.....4 |   |   | Inyectada.....1<br>Fumada.....2<br>Inhalada o Aspirada.....3<br>Tragada o Tomada.....4<br>Untada.....5<br>Si la consume de 2 formas diferentes indique cuáles |
| ALUCINOGENOS  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| COCAINA   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| HEROÍNA   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| INHALABLES  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| MARIGUANA   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| TABACO  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| OTRAS DROGAS  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| _____   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |

116A. En orden cronológico indica cuáles fueron las primeras drogas que utilizaste:

\_\_\_\_\_

116B ¿Por qué motivo utilizaste drogas por primera vez? \_\_\_\_\_

117. ¿Hay alguna droga que hayas probado por primera vez en los últimos 30 días? 0 No 1 Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Alguna de tus parejas te inició en el consumo de drogas? 0 No 1 Si

¿Cuántas parejas has tenido? \_\_\_\_\_

## **Anexo 6**

### GUIA DE ENTREVISTA

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

¿Cual es el motivo por el que te encuentras aquí?:

¿Cómo esta conformada tu familia?:

¿Cuándo inició el consumo de drogas?:

¿Cuáles crees que fueron los motivos?:

¿Alguien ha abusado sexualmente de ti?

¿Cuantas veces fue?:

¿Se lo dijiste a alguien?:

¿Has estado alguna vez en tratamiento relacionado a este tema?:

¿Este acontecimiento hizo que se incrementara el consumo?:

¿Has hablado aquí sobre el abuso?

## Anexo 7

### RESUMEN DE ENTREVISTA

Edad: 26 años

Escolaridad: tercer semestre de bachillerato

Estado civil: unión libre

Motivo por el que te encuentras en el Centro de Tratamiento para las Adicciones: alcoholismo

¿Cómo estaba conformada tu familia? Mi madre, mi padre y un hermano y yo que soy la menor.

¿Cómo era esa relación? De chiquita fue muy bonita, me gustaba jugar y me divertía con mis primas, me sentía contenta en la escuela y yo era feliz. Ya más grandecita empezaron los problemas debido a que mis padres tomaban y se emborrachaban, ya sea en la casa o en las fiestas. Cuando tenía yo como ocho años mi hermano se enfermó de anorexia y empezaron a cambiar las cosas, mis padres se dedicaban a llevarlo al doctor, eso me hizo sentirme muy mal ya que mis padres me abandonaron, me dejaban en otras partes, me dejaban en casa de una tía, además mi hermano se ponía violento al grado de llegar en alguna ocasión a golpear a mis padres. Mi hermano es homosexual.

¿Cuándo se inició el consumo de drogas? Se inició durante mi adolescencia, mi adolescencia fue muy descarriada ya que desde los quince años empecé a tomar y a fumar, mis papás tomaban mucho y yo sentía muy feo, tomaban los dos al grado que yo siempre decía que yo no iba a tomar.

¿Con quienes? Inicie con un primo que es homosexual, comencé con “viñas y después que ya me gustaba cuando estábamos en las fiestas y que mis papás ya estaban borrachos sin que se dieran cuenta les robaba de sus bebidas, después en la escuela comencé a relacionarme con chavos que consumieran alcohol y no entraba a clases, nos íbamos al villar y comencé a probar la cerveza que es lo que más me gusta; probé la marihuana pero no me gusto porque me ocasionaba hambre.

¿Cuáles fueron los motivos por los que probaste el alcohol?

En un principio para socializar.

¿Alguien ha abusado de ti sexualmente?

Sí, durante el tiempo que mis padres llevaban a mi hermano al doctor me dejaban con una tía, ella tampoco estaba porque se iba a trabajar, entonces me quedaba con una prima más chica que yo. Mi primo comenzó a tocarme mis partes y me amenazaba, me decía que si lo contaba nadie me lo iba a creer. Entonces me quede callada aunque le pedía a mi mamá que ya no me llevara, pero no me preguntaba por qué yo no quería ir, en una ocasión mi prima estaba durmiendo y él me comenzó a tocar, yo le decía que no, que me dejara, pero no hizo caso me bajo mis pants y me dijo que me subiera a la cama; le dije que no y empecé a llorar, suplicándole que no me hiciera nada, pero no hizo caso; me violó, me penetro, pero no por la vagina sino analmente. Fue un dolor muy intenso, aparte del dolor de mi alma, sentí mucho dolor físico, yo le decía que ya parara pero él me lo hacía más duro, más duro.

¿Cuántas veces sucedió?

Una vez

¿Se lo platicaste a alguien?

No

¿Por qué no lo hiciste?

Me daba miedo y además no me iban a creer, iban a decir que no, que no era cierto, que me iban a juzgar y más que nada eso.

¿Has estado alguna vez en un tratamiento relacionado a este hecho?

No

¿Alguien te ayudo a superar este abuso?

No

¿Cómo te ha afectado este acontecimiento en tu vida?

Mucho, sentía coraje contra mis padres en especial contra mi mamá, no entendía como no pudo darse cuenta. En la escuela me aislaba, deje de sentir gusto por jugar y me quedaba sola en el salón o me metía al baño hasta que terminara el recreo. Me sentía mal yo veía a mis compañeras contentas, incluso las escuchaba decir: ese niño me gusta, quisiera que fuera mi novio; yo las escuchaba y pensaba a mí nadie me va a querer, aunque sabía que era virgen ya que no había sido por ahí, me sentía sucia y pensaba que ningún hombre me iba a querer, sentía que aunque yo no lo, dijera ellos ya lo sabían y no me iban a querer, que ellos me lo



podían ver, eso me daba miedo coraje, envidia hacia mis compañeras, verlas contentas, verlas que ellas si tenían una familia.

¿Seguiste una vida normal?

En algunos aspectos

¿Lo recuerdas continuamente?

Sí, en sueños o cuando lo estoy haciendo; en ese momento que lo hago pienso que esa persona me está utilizando, que se está burlando de mi.

¿El consumo te ha ayudado a olvidar el evento?

No, creo que sientes un vacío peor.

¿El tratamiento que recibes aquí ha cambiado tu forma de verte?

Bueno respecto al alcohol sí porque aquí no tomo, pero fumo mucho y eso no me gusta.

¿Has hablado aquí sobre la violación?

No, no preguntan nada de eso.

¿Por qué crees que en este lugar no se habla sobre este tema?

Les debe costar trabajo escuchar.

