

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

LA MUJER DROGODEPENDIENTE

Autor/a: ERIKA FERNANDA CORRALES CASTAÑO

Tutor/a: ENEKO SANSINENEA

CURSO 4º

FACULTAD DE DERECHO

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
(DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN)

CURSO ACADÉMICO: 2017/2018

FECHA DE ENTREGA: 17/05/2018

"...la máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz."

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta tiene como objetivo principal hacer hincapié en la necesidad de tratar la drogodependencia desde una perspectiva de género, ya que en la población femenina el abuso de drogas puede presentar problemas especiales y requerir distintos métodos de intervención y tratamiento. Asimismo, se pretende analizar los factores, tanto emocionales como sociales, que propician el inicio del consumo de drogas. Además, se pretende ofrecer una visión global de las características y los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, el tabaco, hipnosedantes y demás drogas ilegales.

En España, existen muy pocas investigaciones que aborden el problema mundial de las drogas con un enfoque de género. No se han elaborado suficientes evidencias de manera sistemática que permita identificar buenas prácticas en la forma de abordar la problemática de las drogas desde una perspectiva de género ni oportunidades para incorporar consideraciones de igualdad de género en las intervenciones.

En este trabajo de fin de grado se mostrará como la reducida presencia de mujeres en los centros de rehabilitación de drogodependencias y las dificultades para el acceso y el mantenimiento del tratamiento en comparación con los hombres, sientan las bases para buscar una explicación sobre las diferencias de género en el consumo problemático de drogas y su tratamiento. De la misma forma, se analizará cómo las mujeres drogodependientes se ven ligadas a los mandatos de género, lo que dificulta visibilizar su problemática e impide la búsqueda de soluciones, y cuando solicitan ayuda se encuentran con numerosos obstáculos (estereotipos, falta de apoyo familiar y de la pareja, etc.). Las mujeres drogodependientes se enfrentan no sólo a una sociedad que las estigmatiza por alejarse de los roles tradicionales, sino también a unos recursos que se paralizan ante su presencia.

Palabras clave: diferencias de género; drogodependencias; mandatos de género; drogas; adicción; factores de riesgo; factor de protección; prevención.

ÍNDICE GENERAL

PARTE I: PRESENTACIÓN	8
1. INTRODUCCIÓN	8
2. INTERÉS DEL TEMA ELEGIDO.....	11
3. LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	12
4. LA METODOLOGÍA.....	13
4.1. Revisión bibliográfica.....	14
4.2. Entrevista a personas expertas en drogodependencia.....	14
PARTE II: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.....	17
1. DEFINICIÓN DE “GÉNERO”	17
1.1. Mandatos de género	21
2. EL GÉNERO Y LA SALUD	23
3. EL GÉNERO Y LAS DROGAS.....	24
4. EL FENÓMENO DE LAS DROGAS	26
4.1. Clasificación de las drogas.....	27
4.2. Consumo de droga en la población general: diferencias en los patrones de consumo de hombres y mujeres	31
4.3. Edad de inicio en el consumo en la población en general	34
4.4. Circunstancias del inicio del consumo.....	36
4.5. Consumo problemático de drogas.....	37
5. MOTIVACIONES Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES.....	39
5.1. Motivaciones específicas de las mujeres para el consumo de las distintas drogas	41
5.2. Factores de riesgo asociados al consumo de las distintas drogas entre las mujeres.....	44
6. DIFERENCIAS EN EL IMPACTO DE LAS DROGAS EN HOMBRES Y MUJERES	49
6.1. Patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones femeninas.....	52

7. DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO	55
8. LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES.....	58
8.1. Consumo de drogas y conductas de riesgo en la actividad sexual	60
8.2. Abuso sexual en la infancia	62
8.3. Drogas y prostitución.....	64
9. LA MATERNIDAD EN LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES.....	66
9.1. Fertilidad.....	66
9.2. El embarazo.....	67
9.3. Maternidad	71
PARTE III: NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	73
1.OBSTÁCULOS PARA ACCEDER AL TRATAMIENTO EN LA MUJER DROGODEPENDIENTE	73
1.1. Obstáculos inherentes a los sistemas	73
1.2. Obstáculos de tipo estructural.....	74
1.3. Obstáculos sociales, culturales y personales	76
1.4. Dificultades para continuar en el tratamiento.....	78
2.¿POR QUÉ LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA MUJER DROGODEPENDIENTE?	79
3.INCLUIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS	80
3.1.Aspectos a trabajar por parte de los profesionales.....	82
PARTE IV: RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	88
PARTE V: CONCLUSIONES.....	96
PARTE VI: INFORME EJECUTIVO	102
1. Resumen del trabajo	102
2. Conclusiones	104
PARTE VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
PARTE VIII: ANEXOS	114
1. ENTREVISTAS CON LOS PROFESIONALES	114

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales roles y atribuciones para las mujeres y hombres en función de los diferentes mandatos recibidos.....	21
Tabla 2. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario de las diferentes drogas, según sexo (%). Población de 15 a 64 años. España, 2015.....	32
Tabla 3. Compañía de las mujeres cuando inician el consumo.....	37
Tabla 4. Diferencias de género en el consumo.....	40
Tabla 5. Motivaciones para el uso de alcohol y/o drogas en mujeres.....	40
Tabla 6. Factores de riesgo en las mujeres.....	47
Tabla 7. Trastornos psiquiátricos en población adicta, por sexo.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Consumo (%) de drogas en los últimos 12 meses de 15-64 años, según sexo. España, 2015.....	33
Gráfico 2. Consumo de drogas entre los adolescentes de 15 a 17 años (%). España, 2015.....	34
Gráfico 3. Edades medias de inicio al consumo de drogas, según sexo%.....	35
Gráfico 4. Edad media de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2015.....	36
Gráfico 5. Percepción del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo (%). Población de 15 a 64 años. España, 2015.....	49
Gráfico 6. Ciclo traumático del abuso sexual.....	63
Gráfico 7. Casos admitidos a tratamiento por consumo problemático de drogas (por sexo y tipo de sustancia). Porcentaje.....	76

PARTE I: PRESENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Se tiene constancia de que el consumo de drogas ha estado siempre presente en nuestra sociedad, pero en las últimas décadas ha cambiado su papel y sus consumidores. Las sustancias adictivas, tanto legales como ilegales, han sido consumidas mayoritariamente por los hombres. Sin embargo, a finales del siglo XX hasta la actualidad se ha observado un preocupante aumento del consumo entre las mujeres. La inminente incorporación de la mujer a la vida pública, su inclusión en el trabajo remunerado, sus logros, traen vinculado el riesgo de iniciar el uso del alcohol, el tabaco, de drogas ilegales y de uso médico.

Durante décadas, las ciencias sociales en sus respectivas investigaciones sobre el uso y el abuso de las drogas han obviado las diferencias de género existentes en los datos y los análisis, originándose una infra-valoración de las mujeres y sus circunstancias y, por ello, una visión parcial, insuficiente y poco comprensiva en esta área de conocimiento.

Por un lado, las investigaciones e intervenciones sobre drogas han dejado a las mujeres de lado al no estar su realidad y circunstancias incluidas en los diversos estudios. Es decir, los principales problemas que nos encontramos cuando hablamos de las adicciones en la mujer es la gran escasez de datos que existen. Esto se debe a la falta de estudios sistemáticos sobre mujeres en todas las áreas de investigación, así como en el área de adicciones y, del mismo modo, en el caso de las mujeres, intervienen también otros factores relacionados con la incomprensión sobre el tema de la adicción y las expectativas sociales que pesan sobre ellas. Esto ha originado que no se las haya tenido en consideración a la hora de elaborar y poner en marcha servicios y estrategias de prevención y atención del abuso de drogas (Pantoja, 2007).

Consecuencia de ello, los centros de atención a las adicciones están mejor condicionados a las necesidades de los hombres. La presencia de los mismos en estos establecimientos es mayoritaria, los protocolos de atención están diseñados para responder a las características de ellos, los casos de mujeres con problemas de consumo se entienden en múltiples ocasiones como excepcionales y singulares o, en muchas ocasiones, las mujeres

se sientes fuera de lugar al estar en un espacio terapéutico diseñado para hombres. Esto genera que las mujeres tengas más dificultades para acceder y permanecer en los tratamientos.

A partir de 1985, tras la III Conferencia Mundial de la ONU sobre la mujer, muchos autores y autoras exponen la importancia y necesidad de incorporar la perspectiva de género en la investigación social en general y en el campo de estudios de drogas en particular.

Por su parte, la comunidad científica y técnica ha ido paulatinamente reconociendo esta cuestión y, ahora, empieza analizar la realidad de hombres y mujeres de manera separada, con el objetivo de determinar cómo los condicionantes de género afectan a la problemática de las drogas. De esta manera, un requerimiento fundamental que se está realizando, es presentar los datos desagregados por sexos, permitiendo identificar algunas de las diferencias más sugerentes entre los hombres y mujeres en el consumo y abusos de sustancias psicoactivas. Esto, ha mostrado que cuando las mujeres consumen tienden a hacerlo con sustancias que están legalizadas (alcohol y tabaco) y con el cannabis, mientras que los hombres suelen ser los mayores consumidores de drogas ilegales (por ejemplo, cocaína o heroína) (Sánchez Pardo, 2012).

Del mismo modo, los diferentes estudios, estadísticas e informes recopilados muestran que en la última década el uso de drogas aumenta de manera constante en las mujeres, mientras que en el colectivo masculino el aumento del consumo se ha ido frenando e incluso disminuyendo en algunas drogas. Por ejemplo, los estudios realizados por el Plan Nacional sobre Drogas (2017) muestran que en los últimos años las drogas más consumidas por el colectivo femenino fueron, sobre todo, el alcohol (72,1%); el tabaco (36,0%); los hipnosedantes (15,8 %); el cannabis (5,6 %) y la cocaína (2,0 %).

Las investigaciones al separar por sexos dejan en evidencia otro dato relevante, y es que las mujeres son las mayores consumidoras de hipnosedantes, ya sea por prescripción médica u obtenidos de forma no legalizada, llegando a darse un consumo mucho mayor que en el caso de los hombres (15,8% frente a un 8,3%).

En España, la disponibilidad de datos desagregados por sexos en relación al consumo y abuso de drogas es cada vez mayor. Pero, esto es sólo un pequeño eslabón dentro de la incorporación de la perspectiva de género ya que no sólo es relevante conocer que los hombres consumen más drogas o que las mujeres consumen más hipnosedantes, sino por qué ocurre, qué papel juegan los condicionantes de género en estas diferencias y qué acciones y estrategias adoptar para mejorar la prevención y actuaciones en el ámbito de las drogodependencias. Gracias a los datos de consumo, las estadísticas e informes recopilados durante los últimos tiempos sobre el consumo de drogas a nivel general, se ha percibido grandes diferencias en los hombres y en las mujeres no sólo en las formas de consumir sino, también, en los patrones de uso, en el tipo de adicciones, la dosis, las cantidades, etc.

Así, la elección de este tema viene determinada, en primer lugar, por la carencia de la inclusión de la perspectiva de género en los programas de rehabilitación, lo que supone no tener presente las necesidades de las mujeres tanto en la elaboración como en el desarrollo de los mismos. En segundo lugar, por la falta de modelos y procedimientos de intervención más adecuados para el tratamiento de los problemas de consumo en las mujeres, es decir, los programas no se adecuan a las necesidades específicas de éstas. En tercer lugar, por la escasa preocupación que tiene la sociedad española en cuanto a esta problemática, según los barómetros del CIS desde enero de 2017 hasta febrero de 2018, encontrándose en los últimos lugares según la percepción de los principales problemas de España. En cuarto lugar, no existen todavía datos estadísticos, información cualitativa ni análisis de género suficientes para conocer en qué medida y de qué forma el problema mundial de las drogas afecta especialmente a las mujeres. En quinto lugar, el aislamiento social y la condición de marginación económica que ha vivido y viven las mujeres han modelado la manera de desarrollar y ejecutar las políticas públicas relativas a las sustancias psicoactivas. Esta problemática unida a la poca preocupación e importancia que se le ha dado a la hora de realizar un tratamiento diferencial al de los hombres ha sido el acicate que ha provocado la elección del tema de este trabajo.

2. INTERÉS DEL TEMA ELEGIDO

En nuestro país, ha existido poca sensibilidad e interés para aplicar un enfoque de género a los programas de drogodependencias. La escasez de estudios que analizan la relación entre el género y la adicción han causado un sesgo en el diseño y aproximación a las toxicomanías. Es decir, no se planteaba tratar este asunto de manera específica en la intervención con mujeres. Lo habitual ha sido estudiar las poblaciones mixtas en las que predominan los hombres.

En España, los estudios sobre tratamiento en drogodependientes no han tenido en cuenta a las mujeres, ni mucho menos aquellas cuestiones que son importantes para ellas. Esto ha generado, que las mujeres encuentren mayores dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones. Es decir, los diseños de los propios programas de intervención no se adaptan a ellas y, además, las circunstancias personales, sociales y culturales de las mujeres dificultan su acceso y mantenimiento en el mismo (Pantoja, 2007).

Ante este consumo de las mujeres es preciso reflexionar sobre los diferentes condicionantes como son: la mayor invisibilidad de su consumo, el daño que sufren en la propia imagen (las mujeres adictas perciben un mayor rechazo social que los hombres), en los vínculos familiares o las dificultades añadidas en el caso de ser madres.

De modo que, el impacto que tiene el uso de drogas en las mujeres se produce de muchas maneras que son debidas a las características de la identidad femenina, principalmente a las diferencias biológicas y de género. Las mujeres suelen ser más vulnerables a los efectos de las drogas y en consecuencia su salud se verá más afectada y en un período más corto de tiempo por el abuso intensivo de cualquier sustancia.

Además, la intervención con mujeres drogodependientes sigue siendo una tarea pendiente para los profesionales ya que éstos tienden a homogeneizar las intervenciones basándose en las necesidades de los hombres. Los programas siguen careciendo de una perspectiva de género por la falta de reconocimiento de las diferencias de género por parte tanto de quienes planifican la intervención como de los y las profesionales.

Consecuencia de ello, resulta interesante realizar un estudio exhaustivo sobre el uso de las drogas en el colectivo femenino, ya que tanto mujeres como hombres responden a condicionantes diferentes y, por tanto, cualquier análisis o acción deberían estudiar separadamente los aspectos y factores que condiciona unas y otra.

3. LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO

Las diferencias y especificidades existentes entre hombres y mujeres en lo referente al consumo problemático de drogas, tiene su origen en las condicionantes de género. Estas diferencias varían en función del momento histórico, político y social, la etnicidad o la edad, por lo que las explicaciones a la misma son también diversas.

Este trabajo se va a desarrollar en base a estas cuestiones: ¿Cómo es el consumo de drogas en las mujeres? ¿Qué diferencias existen entre hombres y mujeres con adicción a drogas? ¿Qué consecuencias tiene el consumo en la vida de las mujeres? ¿Cómo es la intervención de los profesionales en mujeres con drogodependencia? ¿Qué barreras existen a la hora de iniciar y mantener un tratamiento con mujeres drogodependientes?, etc.

El OBJETO de este trabajo es explorar la incorporación de la perspectiva de género al ámbito de las drogodependencias, realizando una aproximación a la realidad entorno a la mujer consumidora de drogas.

A partir de estas cuestiones, en este trabajo se establecen unos objetivos generales y unos objetivos específicos:

Los OBJETIVOS GENERALES consisten en:

- Enseñar las principales diferencias y especificidades que existen entre hombres y mujeres con problemas de adicción a las drogas (por tramos de edad y por sexo).
- Mostrar las principales consecuencias que estas diferencias tienen y las desigualdades que generan en el colectivo femenino.
- Proporcionar una explicación social de estas diferencias y desigualdades desde la perspectiva de género.

Los OBJETIVOS ESPECÍFICOS son obtener información sobre:

- Prevalencia del consumo de las distintas drogas psicoactivas, perfil sociodemográfico y patrones de consumo en el colectivo femenino.
- Conocimientos, percepciones y comportamiento ante aspectos relacionados con el abuso de drogas (factores de riesgo, de protección) y aquellos factores relacionados con el consumo y otras conductas (información relativa al consumo problemático de drogas e informaciones relacionada con las infecciones en consumidoras de droga).
- Facilitar una explicación social de estas diferencias o desigualdades desde la perspectiva de género o desde la visión de las personas expertas en género y/o drogodependencia (a través de entrevistas a asociaciones y profesionales).

4. LA METODOLOGÍA

A la hora de recoger y analizar la información se han tenido en cuenta los siguientes puntos:

- Los diversos datos estadísticos e informes recopilados en bases de datos (revisión bibliográfica).
- Las aportaciones de personas expertas en género e igualdad de oportunidades, así como en drogodependencias, ya sea a través de entrevista personal o través de la lectura de sus textos.

Para llevar a cabo las 4 entrevistas en profundidad, se ha utilizado una metodología de naturaleza cualitativa.

Por otra parte, el DSM-5 excluye los términos “abuso” y “dependencia” y utiliza una escala de gravedad (leve, moderado y grave). Sin embargo, a lo largo de este trabajo se va a emplear estos términos ya que son muy usados en la literatura científica.

4.1. Revisión bibliográfica

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de documentos, artículos, publicaciones, a través del buscador de Google, que hacen referencia a Género y Drogas, Mujer y Adicciones, Género y Drogodependencias, recogiendo diferentes términos relacionados con el tema objeto de este estudio como estigma, drogodependencia, violencia de género, sexualidad, maternidad, etc. Las fuentes de donde se ha buscado y por lo tanto extraído informado son muy variadas y diversas como artículos, revistas, bases de datos como “Google Scholar” “Dialnet Plus”, “Scielo”, etc. Además, se procedió a la localización y análisis de diferentes libros e informes en la biblioteca de la Universidad del País Vasco.

Otra fuente de información ha sido la web Drogas y Género, en el apartado de biblioteca virtual. Esta web forma parte del conglomerado de la Fundación Salud y Comunidad dedicada a la investigación, prevención, intervención y sensibilización sobre diversas problemáticas sanitarias y sociales que afectan, especialmente, a colectivos en riesgo o en situación de exclusión social.

Fueron seleccionadas un total de 77 publicaciones, todas ellas en español y, mayoritariamente, posteriores al año 2000.

4.2. Entrevista a personas expertas en drogodependencia

Una vez conocidas las principales diferencias, especificidades y desigualdades que caracterizan las adicciones femeninas (desarrolladas en la exposición teórica), se procedió a realizar cuatro (4) entrevistas semi-estructuradas en profundidad a personas que, por su trayectoria profesional, representan posiciones de interés en el tema objeto de la investigación. Esta práctica sociológica de investigación cualitativa ha permitido contrastar y enriquecer el trabajo con las aportaciones de las personas entrevistadas (ver entrevistas en anexos).

Las entrevistas llevadas a cabo se realizaron en dos ciudades: Bilbao y Donostia-San Sebastián. Antes de comenzar con las entrevistas se les presentó el objetivo del Trabajo de Fin de Grado. Posteriormente, se les solicitó el consentimiento para que las entrevistas fueran grabadas, transcritas y analizadas posteriormente. Estas entrevistas son de carácter individual porque se da entre el entrevistador y la persona entrevistada y tienen una

duración media de 40 minutos.

A continuación, se realiza una breve presentación de cada una de las personas expertas consultadas para este estudio.

Elisabete Arostegui Santamaría

Licenciada en Psicología. FICE. Especialidad en Psicología Clínica. Universidad de Deusto. Bilbao

Máster en Drogodependencias. Instituto de drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao

Técnica de drogodependencias. Psicóloga del Equipo de Intervención en Toxicomanías en la Prisión Provincial de Basauri (Vizcaya).

Tutora de investigación de la Maestría Iberoamericana On-line en drogodependencias. Universidad de Deusto (Bilbao) y CICAD

Ayudante de investigación (jornada completa) en el Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao.

Xabier Arana

Doctorado en derecho.

Máster en Sociología Jurídica.

Máster en Criminología.

Actualmente es Investigador Doctor del IVAC/KREI.

Ha llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la perspectiva socio-jurídica y criminológica- relacionadas con el fenómeno social de las drogas.

Ha impartido docencia en el Grado de Criminología de la UPV/EHU y en el Master de Drogodependencias y otras Adicciones de la Universidad de Deusto (Profesor Invitado).

Miembro de la “Comisión Técnica Jurídico Penitenciaria” y de la “Comisión Técnica Jurídica” del Consejo Asesor de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Ha participado en diversos Plenos del Consejo Asesor de Drogodependencias del Gobierno Vasco, en calidad de experto en toxicomanías.

Yolanda Anguera

Ex adicta

Master en Drogodependencias

Secretaria de la asociación Aergi (Alcohólicos y Adictos en Rehabilitación)

Lurdes Ortigosa

Psicóloga Clínica

Directora del Servicio de Inserción

Actualmente trabaja en la asociación Agipad (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas).

PARTE II: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

1. DEFINICIÓN DE “GÉNERO”

Antes de definir que es el concepto de género, señalar que sexo y género no significan lo mismo. El sexo se refiere a las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres.

Ahora bien, el empleo progresivo y la amplia difusión de la categoría género en el ámbito cotidiano, académico y político ha dado lugar a una variación del significado inicial y ha llevado a que hoy en día la categoría de género se utilice de forma incorrecta lo que conduce a ambigüedades conceptuales. Para muchas personas, el género es un eufemismo del sexo, una terminación más sofisticada. Para otros, este vocablo es una manera de hablar más especializado “de y sobre” las mujeres. Así pues, nos encontramos ante un término que ha ido perdiendo su razón de ser. Ante esta situación nos podemos preguntar, cuando hablamos de género ¿a qué estamos haciendo referencia? (Maquieira, Beltran, Alvarez, & Sanchez, 2001).

En la década de los cincuenta, John Money especialista en endocrinología infantil y sexólogo de orientación conductista, introdujo el constructo de “género” para evidenciar la dimensión psicosocial del sexo. Money considera que el sexo y el género hacen referencia a dos realidades independientes (son muchos los autores que tratan estos términos de manera intercambiable). La expresión *rol de género* se refiere a la importancia que tiene la situación humana, la biografía social y las conductas que los progenitores y el entorno social desarrollan ante el sexo asignado al recién nacido/a (Money, 1960, citado en Maquieira et al., 2001).

Sin embargo, Maquieira et al. (2001) considera que en la década posterior el concepto desarrolla su connotación política y social. Se fortalece el concepto, separado del sexo, gracias a las aportaciones de autoras feministas que consideran conveniente el empleo de un término más neutro, ya que el vocablo “sexo” conlleva connotaciones negativas para las mujeres (invisibilidad, menor salario, etc.). En efecto, el concepto de género surge para “acabar con las omnipresentes teorías deterministas biológicas que interpretaban el

lugar de hombres y mujeres en la estructura social como consecuencia de características biológicas”.

Los autores citados anteriormente también señalan que en el pensamiento occidental está muy asentada la idea de que las supuestas diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres tienen su correlato en la organización social. Esta idea está legalizando un orden social en el que las mujeres ocupan un lugar de subordinación frente al hombre. De ahí surge la necesidad desde la teoría feminista de hacer una distinción entre sexo y género, con lo que se haría frente al determinismo biológico y se daría relevancia a la base argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres. De modo que el objetivo era mostrar que la sociedad patriarcal, y no la biología, es la responsable de la supeditación de las mujeres, que durante mucho tiempo se justificaba por la diferencia sexual (Maquieira et al., 2001).

Así, el término sexo hace referencia a las características morfológicas del cuerpo (incluida la genitalidad, aparato reproductor y las diferencia hormonales y cromosómicas), mientras que por género se entiende la construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino, que hace referencia a un conjunto de roles que son asignados según las características biológicas y fisiológicas del hombre y la mujer. El género se construye social y culturalmente por lo que cambia en el tiempo y de cultura a cultura, mientras que el sexo se refiere a características que vienen determinadas biológicamente. El género es cambiante y por lo tanto modificable (Maquieira et al., 2001).

Tal y como señala Maquieira et al. (2001) esta diferenciación tuvo su objetivo en disociar un aspecto del otro para demostrar que el lugar de la mujer y del hombre en la sociedad depende de la organización social y cultural y no de las supuestas diferencias biológicas. Desde entonces nace la necesidad de comprender la construcción de género en su contexto social y cultural como una de las tareas fundamentales de las ciencias sociales.

El empleo adecuado de esta terminología, género, obliga conocer los diferentes elementos que la integran, así como comprender los diversos niveles (socio-cultural, psicosocial e individual) desde los que se puede analizar su naturaleza multidimensional; ya que dependiendo del nivel en el que estemos, las definiciones de esta categoría se centran en contenidos diferentes. En torno a este término existe una variedad de derivados (actitudes,

roles, atributos, etc.), proceso y teorías que pueden ser analizados desde tres enfoques diferentes (García & Freire, 2000):

- **Socio-cultural:** nivel antropológico y sociológico, se centra en estudiar los modelos de masculinidad y feminidad presentes en la sociedad. Esta categoría hace alusión a la construcción cultural del género que varía en función de los contextos socioeconómicos, étnicos, religiosos e históricos.
- **Psicosocial o interpersonal:** se trata de una aproximación sociológica y psicológica. Desde este nivel el género se conceptualiza como una categoría social, como un principio organizador de las estructuras sociales y de las relaciones entre ambos sexos. Los “contenidos específicos” de análisis en este nivel van a ser la división del trabajo, los roles, el poder atribuido a hombres y mujeres, los procesos de socialización y el contexto de interacción asignados en función del sexo.
- **Individual:** enfoque psicológico del género. Este nivel hace referencia a los ideales de género internalizados a través del proceso de socialización. De este nivel se va a analizar el proceso por el cual se adquiere y desarrolla la identidad de género, los estilos de rol de género (masculino, femenino) y su relación con tres variables comportamentales y de personalidad (conducta, percepción, estabilidad emocional).

Según García y Freire (2000), en los años ochenta se produce una transformación en el estudio de este constructo, no sólo se trata de un concepto que aglutina una serie de roles, intereses, actitudes, etc., asignados a hombres y mujeres, sino que pasa a entenderse como un concepto adecuado para la categorización social de los individuos, como un término que construye y estructura las relaciones existentes entre los sexos y la interacción social. De este modo, el género es definido como una realidad estática y estable y a su vez un “proceso”, que crea y que es creado en el contexto psicosocial.

Durante mucho tiempo, ha permanecido lo masculino como modelo universal válido, negando el elemento femenino, que, de este modo, queda excluido del mundo de la representación y de la cultura, excepto bajo una connotación puramente negativa, como

fallo de lo masculino. Esto conduce a una redefinición de lo humano y a cuestionar los modos tradicionales de representación de cada uno de los sexos y de la relación entre ellos (García & Freire, 2000).

Asimismo, García y Freire (2000) consideran que los términos masculino y femenino no son sinónimos de hombre y mujer. Una cosa son los hombres y mujeres como entidades reales, seres diferenciados por sus caracteres sexuales primarios y como sujetos socialmente diferentes a los que se les asigna y de los que se espera el ejercicio de determinados roles. Y, otra cosa, son las representaciones de la feminidad y la masculinidad que sería una construcción teórica y cultural que se imponen a los individuos como modelos ideales que, a su vez son asumidos por cada uno bajo un *ideal del yo*, que varía dependiendo de la sociedad y el momento histórico. Este modelo va a orientar el comportamiento, la percepción de sí mismo, la auto-estima, las metas y aspiraciones de hombres y mujeres.

En todas las sociedades conocidas es el principio masculino el que se generaliza, valora e identifica con lo humano, quedando el femenino excluido en la cultura lo que da lugar a la sumisión de la mujer como grupo social. De hecho esto ha sido ratificado por la perspectiva de género, la cual ha mostrado que toda sociedad patriarcal se basa en la subordinación de la mujer, en la explotación y apropiación de su capacidad generadora, y limitarla al ámbito doméstico (Turbert, 2003).

López (2007) señala que el género no es algo innato, sino que es aprendido a través de la imitación. Desde que se nace, se aprende a ser hombres y mujeres, conformando nuestra identidad. El género forma parte de nuestra identidad individual y social, incluyendo aquí la denominada identidad de género que es lo característico de lo femenino o lo masculino que condicionara los comportamientos de las personas. En todas las sociedades y todas las culturas hay diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres basadas en las actividades y roles que se les asignan, además de determinar el acceso y control de los recursos disponibles, que se traducirán en diferencias, también influirá en las oportunidades para tomar decisiones.

En 2007, este mismo autor apunta que el género “es una especie de distribuidor desigual de oportunidades, ubicando a las mujeres en una posición de desventaja para acceder a los recursos y oportunidades de todo tipo” (p.20).

El género es un principio de organización social que tiene carácter jerárquico, que crea y mantiene una desigualdad entre los hombres y las mujeres, colocando a éstas últimas en una posición muy por debajo del sexo masculino.

1.1. Mandatos de género

Cantos (2016) señala que los mandatos de género son mensajes sociales que transmiten como tiene que ser un hombre y como tiene que ser una mujer. Estos mandatos describen la forma correcta e incorrecta de comportarse según el sexo asignado al nacer (ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales roles y atribuciones para las mujeres y hombres en función de los diferentes mandatos recibidos.

SI ERES MUJER...	SI ERES HOMBRE...
CUIDADORA, MADRE: debes cuidar a otras personas por encima de ti.	Tienes poder y ejerces control (te mueves por el poder y el prestigio).
OBJETO DE DESEO: debes agrandar y gustar, a los hombres y a través de tu cuerpo.	Empleas la violencia y la agresividad para resolver conflictos (eres duro, fuerte).
PERFECTA ESPOSA, AMANTE, PAREJA: amas, eres en relación a otras personas. Necesidad de conexión y pertenencia (dependiente emocional).	Asumes riesgos (eres independiente).
SOSTENEDORA DE LO EMOCIONAL: eres principalmente emocional (sensible, débil, comunicativa, sumisa,)	Eres principalmente racional.

Estos mensajes sociales son recibidos, en los procesos de socialización, a través de diversos agentes como son la familia, la escuela, el grupo de iguales, los medios de comunicación, los cuales garantizan el mantenimiento del sistema de organización social.

Estos mandatos son determinantes en la construcción de la identidad personal (pensamientos, emociones y acciones) e influyen en las respuestas y estilos de vida (Cantos, 2016).

Cantos (2016) indica que estos mensajes no sólo diferencian a hombres y mujeres en función del sexo, sino que coloca a las mujeres y lo femenino sistemáticamente en una posición por debajo de la de los hombres y lo masculino, originando desigualdades que afectan principalmente a las mujeres ya que lo valorado socialmente es lo masculino, el hombre convirtiéndose estos últimos en una medida universal de normalidad (androcentrismo).

Como se puede observar en la Tabla 1 los mensajes sobre feminidad, el cuidado y la emotividad están relacionados con la idea de amar y necesitar a alguien para ser completada. En el caso de la masculinidad, sin embargo, la agresividad, la violencia están unidos a la falta de emotividad o con la asunción de riesgos.

Estos mandatos que recibimos en función del sexo dan lugar a una serie de expectativas sociales hacia cada hombre y mujer. De modo que cuando se trasgreden esos roles y expectativas sociales que se esperan de cada sexo existe una gran alarma social, sobre todo si lo hacen las mujeres (Cantos, 2016).

Según Cantos (2016), en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, el acto de consumir se considera una trasgresión del rol femenino. Al ser la mujer la que está transgrediendo, el estigma social que recae sobre ella es significativamente mayor. El incumplimiento de los mandatos de género, supone un cuestionamiento de su identidad, valía como mujer, como madre y como persona. Parece que el hecho de que las mujeres, al consumir sustancias psicoactivas, dejen de cumplir con lo que se espera de ellas, genera más alarmas que si son los hombres los que lo hacen.

2. EL GÉNERO Y LA SALUD

La perspectiva de género, también, ha estado presente en la salud de hombres y mujeres, quienes, en el proceso de actuar conforme a los modelos socialmente exigidos de masculinidad y feminidad, han puesto en riesgo su integridad física y psicológica.

En este contexto, hablar de masculinidad y feminidad es crucial, éstas son la base en la que se apoya la sociedad patriarcal para organizar la sociedad, y es de éstas de donde se deriva la mayor parte de los problemas de salud de hombres y mujeres (Mantilla de Ardila, 1996).

Los modelos hegemónicos tradicionales de masculinidad y feminidad contienen las características principales de comportamiento para hombres y mujeres, las cuales son aceptadas socialmente. En tal sentido, este modelo define lo que, por un lado, implica el ser masculino: la fuerza, seguridad, la independencia, la baja expresión de emociones, poder, etc. Y, por otro, el ser femenino: debilidad, cuidado de los otros, dependencia económica y afectiva, y la dedicación al hogar, entre otras (Mantilla de Ardila, 1996).

Actualmente, en nuestra sociedad la mujer busca ser una “súper mujer” (debido a la presión que recae sobre ellas y en su afán de superar el modelo tradicional de roles femeninos y masculinos que limitan su presencia al ámbito meramente familiar) cumpliendo así múltiples funciones tanto en el hogar como en el trabajo. Este estilo de vida, en el que las mujeres no solo desempeñan un rol familiar y sino también social está asociada a una identidad de género específica, asignada a su sexo. Esta responsabilidad y el esfuerzo progresivo de superar el modelo tradicional de socialización, derivado de la desigualdad de género, tiene una influencia directa sobre la salud, originando tanto cambios positivos como negativos sobre ellas (Velasco, 2006).

Por un lado, los cambios positivos ayudan a la protección de la salud, a una mayor independencia, autonomía, a compartir con los hombres las tareas del hogar, participar en los diversos ámbitos de la vida pública y no dedicando en exclusiva su proyecto de vida al cuidado y servicio de los demás (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Por otro, puede llegar a ser muy negativo, contribuyendo a que muchas mujeres modifiquen su comportamiento en su ansia de ajustarse a la moderna definición del rol femenino,

asumiendo comportamientos que son un riesgo para su salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino (Velasco, 2008).

La salud de los hombres y de las mujeres es diferente, por ello no puede ser tratada de la misma manera, porque, por una parte, existen factores biológicos que se presentan de manera distinta en la salud y, por otra, existen factores sociales, explicados por el género, derivados de los roles, los estilos de vida y las prácticas preventivas diferentes entre hombres y mujeres que constituyen desigualdades arbitrarias en la salud (García Calvente, s.f.). Es decir, la esperanza de vida es superior en las mujeres, pero su estado de salud es peor que el de los hombres. Esto se debe a las peores condiciones de vida y a la posición social que éstas ocupan y que, claramente, no favorece a las mujeres, lo cual trae consigo consecuencias negativas para la salud física y mental de la mujer. Por el contrario, en los hombres la esperanza de vida es menor lo que se relaciona con hábitos insanos y conductas de riesgo, como pueden ser muertes por accidentes y otras causas evitables (Castañeda, 2007).

3. EL GÉNERO Y LAS DROGAS

El consumo de drogas había sido una conducta fundamentalmente de la población masculina, fumar o beber alcohol venía siendo hasta hace poco “cosa de hombres”. Este patrón cultural de relación con las drogas en la población femenina se mantenía a niveles de consumo muy bajos (Velasco, 2008).

Sin embargo, Velasco (2008) apunta que debido a la progresiva modernización de la sociedad y, a su vez, a la reducción de las desigualdades de género, las mujeres comenzaron a realizar algunas conductas de riesgo consideradas tradicionalmente masculinas, como ha sido un incremento sustancial del consumo de drogas. Las mujeres en su deseo de lograr dicha igualdad imitaron ciertos comportamientos propios de rol masculino, entre otros el uso de drogas.

Cantos (2016) señala que, la mujer en su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, reproducen algunas conductas asignadas al rol masculino como es el uso de drogas. Pero este consumo pone en duda su rol asignado, siendo el consumo de drogas en las mujeres

más penado socialmente y provocado un mayor estigma y exclusión social al no identificarse con la feminidad. Es evidente, que los consumos de drogas por parte de los hombres y mujeres no tienen el mismo significado, ni es valorado de la misma manera por parte de la sociedad, derivando en un menor apoyo tanto del entorno familiar como social.

El centro, Síndrome Clínicas Universitarias (2016), afirma que aquella población que ha sido educada en el modelo tradicional de roles de género, los consumos, por lo general, entre las mujeres son mucho menores que entre la población masculina. Mientras que, aquellos que han sido educados bajo un modelo de roles más igualitario, existe una tendencia similar de hábitos de consumo de droga entre los sexos, sobre todo en el caso de sustancia como el tabaco y el alcohol.

Las mujeres con consumos problemáticos de drogas notan con mayor frecuencia que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de realizar adecuadamente el rol que les ha sido asignado, ser buena madre o buena ama de casa. Consecuencia de esta diferenciación de trato ante los problemas de adicción a las drogas muchas mujeres deciden ocultar el problema y no solicitar ayuda por el miedo de ser estigmatizadas como adictas y sufrir exclusión tanto de su entorno próximo como el social, hasta que los efectos sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral son insostenibles (Romo, 2013).

Romo (2013) considera que uno de los errores más comunes que se realizan a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que implica el consumo de drogas radica en valorar a la población como un grupo homogéneo, en el cual predomina la perspectiva masculina. En la actualidad, se tiende a pensar que los consumos femeninos de drogas carecen de componentes singulares, ofreciendo las mismas respuestas para ambos, pese a que las causas que conducen a hombres y mujeres a introducirse en el mundo de las drogas son distintos, existen diferentes factores de riesgo para el uso de drogas, tienen diferentes patrones de consumo, de evolución a la dependencia de drogas y los efectos tanto a nivel psicológico como a nivel físico son diferentes.

Esta percepción deformada de la realidad de las drogas viene determinada e influenciada en nuestra sociedad por el modelo tradicional de roles masculinos y femeninos, que

consideran el consumo de sustancias por parte de las mujeres un comportamiento inadecuado. Este modelo claramente sexista está siendo superado por una realidad en la cual las experiencias vitales de la mujeres ya no están asociadas únicamente al ámbito de la familia y la maternidad, sino que se ha extendido al ámbito público en el cual ésta participa de forma activa en las esfera de la vida social y económica (por ejemplo, empleo retribuido), y se encuentra en una situación de mayor igualdad con los hombres (Ortiz Garcia & Clavero Mira, 2014).

En base a estas afirmaciones, se puede apreciar la necesidad de abordar los consumos de drogodependencias desde una perspectiva de género, ya que ésta permite entender las relaciones concretas que hombres y mujeres tienen con las drogas. Eso implica empezar a tener presentes las diferencias que el género tiene respecto a los factores de riesgo, las motivaciones, efectos y consecuencias del consumo de drogas entre hombres y mujeres. A la hora de iniciar o mantener tratamiento, eliminar las desventajas o desigualdades que el género puede imponer.

4. EL FENÓMENO DE LAS DROGAS

En la década de los 80, en España se generó una gran alarma social debido al aumento de consumo de heroína (por vía intravenosa), cuya utilización se asociaba primero con la delincuencia y más tarde con el VIH/SIDA (Fuente, 2005).

Sin embargo, como señala Fuentes (2005), en la década de los 90 disminuyó la prevalencia del consumo de heroína, debido a que gran parte de los afectados se encontraban en tratamiento (desaparición de una parte de heroinómanos marginales gracias a un mayor control propiciado por la metadona u otros programas de reducción de daños), y se produce un aumento del consumo de la cocaína. A finales de esta década, se produjo un aumento del consumo de alcohol y de cannabis, percibiéndose estos consumos como menos dañinos y más aceptables, debido principalmente a que el perfil de los consumidores aparece socialmente más integrado.

Actualmente, el consumo de drogas está aumentando, siendo España el primer país europeo en el consumo de cocaína, todo ello favorecido por un discurso social permisivo (diversión, ocio, etc.) y consumista. El alcohol y el tabaco son las drogas legales con

buena imagen social que más se consumen en España y que pueden servir de puente al consumo de otras sustancias. El cannabis, es la droga ilegal más consumida en España debido al discurso repetido de su legalización y de sus propiedades terapéuticas, seguida de la cocaína, con un aumento considerable entre la población más joven asociada al ocio y las creencias de cierta inocuidad de la sustancia. Por su parte, el consumo de la heroína y sus derivados ha descendido notablemente (Fuentes, 2005).

Como se puede observar, el fenómeno de las drogas ha sufrido un proceso evolutivo acorde con los tiempos, las culturas, las creencias, las religiones, etc., y también ha cambiado en cuanto a los usuarios, el tipo de sustancia consumida, la percepción social del fenómeno, etc.

Hoy en día, a nivel internacional las drogodependencias vienen considerándose uno de los problemas más graves en el ámbito socio-sanitario, consecuencia de los padecimientos psíquicos, conflictos familiares, actos delictivos, enfermedades derivadas directa o indirectamente de su uso y abuso, muertes, etc., (Fuentes, 2005).

4.1. Clasificación de las drogas

De entre las diversas definiciones existentes, la Organización mundial de la Salud, entiende por droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, tiene efectos sobre el sistema nervioso central, capaz de generar un consumo abusivo y, ocasionalmente, llevar a un proceso de dependencia psicológica, física o ambas (Organización Mundial de la Salud, 1969, citado en Martín del Moral et al., 1998).

Igualmente, la RAE (Real Academia Española, 2014), define droga como cualquier sustancia mineral, vegetal o animal, que se utiliza en la medicina, en la industria o en las bellas artes y que tiene efectos estimulantes, depresores o narcóticos.

De tal manera, por “droga” o sustancia psicoactiva, legal (legalizada España, entre estas sustancias se encuentran: el alcohol, tabaco y el café) o ilegal (su compra, venta y su cultivo no están legalizados), se entiende toda sustancia que introducida en un ser vivo, por cualquier vía de administración (oral, esnifada, fumada o inyectada), modifica una o más funciones del organismos relacionadas con su comportamiento, conducta, percepción, estado de ánimo o juicio (Sociedad Española de Toxicomanías [SET], 2006).

Según el efecto que producen las sustancias psicoactivas en el cerebro de las personas que las consumen, nos encontramos ante tres tipos de drogas (Martín del Moral, Lorenzo Fernández, & Lizasoain, 1998):

1. **Las drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central** actúan sobre el cerebro acelerando su actividad, y originando un estado de excitación que va, desde una mayor dificultad para conciliar el sueño hasta un estado de hiperactividad después de su consumo. Entre éstas se encuentran: cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, teína, etc.
2. **Las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central** actúan sobre el cerebro disminuyendo, entorpeciendo su propio funcionamiento y el proceso cognitivo de la persona. Entre éstas están: el alcohol, los derivados de los opiáceos, como son la heroína, la metadona, la morfina, etc. Los tranquilizantes y los hipnóticos (pastillas o medicamentos para calmar la ansiedad, o para provocar el sueño).
3. **Las drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central** actúan sobre el cerebro alterando su funcionamiento y provocando distorsiones perceptivas y alucinaciones visuales y acústicas. Entre éstas se pueden encontrar: los alucinógenos (LSD, diversas clases de hongos, y de cactus), los derivados del cannabis (hachís, marihuana, resina, etc.), y las drogas de síntesis y sus derivados (MDMA).

El consumo continuo y descontrolado de una sustancia psicoactiva pueden ocasionar un abuso que se puede definir como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Burgos, 2015, p.10). Es decir, un uso inapropiado por su cuantía, frecuencia o finalidad. El abuso incontrolado de una droga conlleva a una gran dependencia hacia ésta.

De esta manera, el estado de esclavitud, de supeditación que genera la dependencia a la sustancia psicoactiva en el individuo consumidor da lugar a la drogodependencia. En este sentido, “la drogodependencia o farmacodependencia es una patología ocasionada por el consumo excesivo y frecuente de drogas. La drogodependencia es considerada una

patología que implica dependencia y deterioro físico, psicológico y social y se caracteriza por una fuerte necesidad de la persona de consumir" (Berruecos, 2010).

La OMS, por su parte, en 1964 definió la drogodependencia como: “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por (citado en Martín del Moral et al., 1998):

1. Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio;
2. Tendencia a incrementar la dosis;
3. Dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga;
4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”.

En la evolución de la drogodependencia se desarrollan tres etapas: La primera es la etapa de iniciación, el consumo es ocasional ya que es la fase en la que el sujeto tiene sus primeros contactos con la sustancia. La siguiente etapa es la de afirmación, la persona conoce los efectos y a pesar de ello los busca lo cual conduce a un consumo habitual de la misma. Por último, se encuentra la etapa de dependencia, caracterizada por la dependencia física y/o psicológica. Se producen modificaciones biológicas y químicas del cerebro y aparece la tolerancia, por lo que se produce un aumento del consumo y la dependencia (Seguridad Pública, 2008).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” y señala que “existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (Lopez Ibor Aliño, Valdés Miyar, & American, 2008).

Hoy en día, existen tres tipos de *dependencia* (consumir una determinada sustancia de forma habitual ya que el cuerpo necesita esa dosis para funcionar con normalidad) a sustancias psicoactivas, las cuales no deben considerarse como eslabones separados ya

que, aunque cada una tiene unas características propias, las tres tienen en común un único fin: la obtención y el consumo de la droga (Martín del Moral et al., 1998).

En 1998, estos mismos autores realizan una clasificación: el primer tipo es la dependencia psicológica, deseo o afán irresistible de consumir ya sea para conseguir los efectos que genera la droga o como método para evitar el malestar causado por ésta, la persona consumidora tiene la sensación de que la droga es imprescindible para su vida. El segundo tipo, es la dependencia física o neuro-adaptación, relacionada con los cambios que se han producido a nivel fisiológico (funcionamiento de los órganos), a nivel neuronal (conexiones nerviosas) y a nivel estructural (alteración en la estructura de los órganos, como el hígado o riñón) debido al consumo continuado, es decir la adaptación del organismo a la droga. Y, por último, la dependencia social, necesidad de consumo de una droga por el sentimiento de pertenencia a un grupo social.

Para el diagnóstico adecuado de dependencia es importante la identificación de tres fenómenos (SET, 2006):

- La *tolerancia* hace referencia a la adaptación que va produciendo nuestro organismo respecto a la sustancia que se consume, de forma que cada vez se va a necesitar más cantidad de dicha sustancia para producir la intoxicación o el efecto deseado, o una disminución del efecto con el uso de la misma cantidad. Es decir, lo que en un primer momento se conseguía con poca cantidad ahora se va a ir necesitando cada vez más dosis para producir los mismos efectos, ya que el organismo se ha ido “acostumbrando”. El desarrollo de la tolerancia es un fenómeno que aparece muy pronto en el proceso adictivo, exponiendo a la persona a un aumento importante del uso de la sustancia y de sus efectos.
- El *síndrome de abstinencia*, es un conjunto de signos y síntomas dolorosos y desagradables de carácter psíquico y físico que produce en el individuo un gran malestar. Este fenómeno aparece al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y desaparece al volver a consumir la sustancia de la que se ha creado adicción.

- *Compulsión y descontrol en el uso de la sustancia*, pérdida de libertad en el control de la sustancia y una necesidad de mantener el uso de la misma a pesar de las consecuencias adversas.

4.2. Consumo de droga en la población general: diferencias en los patrones de consumo de hombres y mujeres

El modelo tradicional de consumo de drogas se caracterizaba porque el uso de drogas, alcohol y tabaco, fuera considerado una conducta exclusiva de la población masculina adulta. Esto supuso que los patrones de consumo entre las mujeres se mantuvieran en niveles muy bajos en comparación a los de los hombres.

A medida que la sociedad iba superando el modelo tradicional de género, y las mujeres se iban incorporando a los distintos ámbitos de la vida social, se generó un cambio hacia unas relaciones de género más igualitarias. Esta reducción de las desigualdades ha producido un incremento en los consumos de drogas por partes de las mujeres en los últimos tiempos. Las mujeres, en su afán de conseguir la igualdad con los hombres, imitaron algunos comportamientos característicos del rol masculino, entre los que destaca el uso de drogas. A su vez, este modelo de roles de género ha sido considerado una conquista social de las mujeres y una expresión de su independencia y autonomía personal, pese a ser uno de los principales causantes de enfermedad en la salud de las mujeres (Sánchez, 2009).

A pesar de ello, y con la única excepción de los tranquilizantes y los somníferos (hipnosedantes) que sigue siendo superior en las mujeres, los consumos de drogas siguen siendo hoy en día superiores entre los hombres (véase Tabla 2). Se puede observar una intensificación en el consumo de las drogas ilegales, mientras que las diferencias en los niveles de consumo son inferiores en el caso de las drogas de uso legal (alcohol y tabaco).

Tabla 2. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario de las diferentes drogas, según sexo (%). Población de 15 a 64 años. España, 2015.

Sustancias	2015							
	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Diario	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alcohol	95,3	91,7	82,9	72,1	71,3	52,8	14,5	4,1
Tabaco	77,1	67,9	44,4	36,0	42,6	34,3	34,2	27,3
Cannabis	40,1	22,8	13,3	5,6	10,7	3,9	3,4	0,9
Cocaína	14,7	4,9	3,4	1,0	1,6	0,3	-	-
Éxtasis	5,3	1,8	0,9	0,3	0,3	0,1	-	-
Anfetaminas	5,4	1,9	0,8	0,3	0,3	0,1	-	-
Alucinógenos	5,7	1,8	0,8	0,3	0,3	0,1	-	-
Heroína	1,0	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	-	-
Inhalables	0,7	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	-	-
Hipnosedantes con o sin receta	13,6	23,9	8,3	15,8	5,4	10,8	4,0	8,1
Nuevas sustancias	5,0	1,8	1,3	0,4	0,6	0,2		

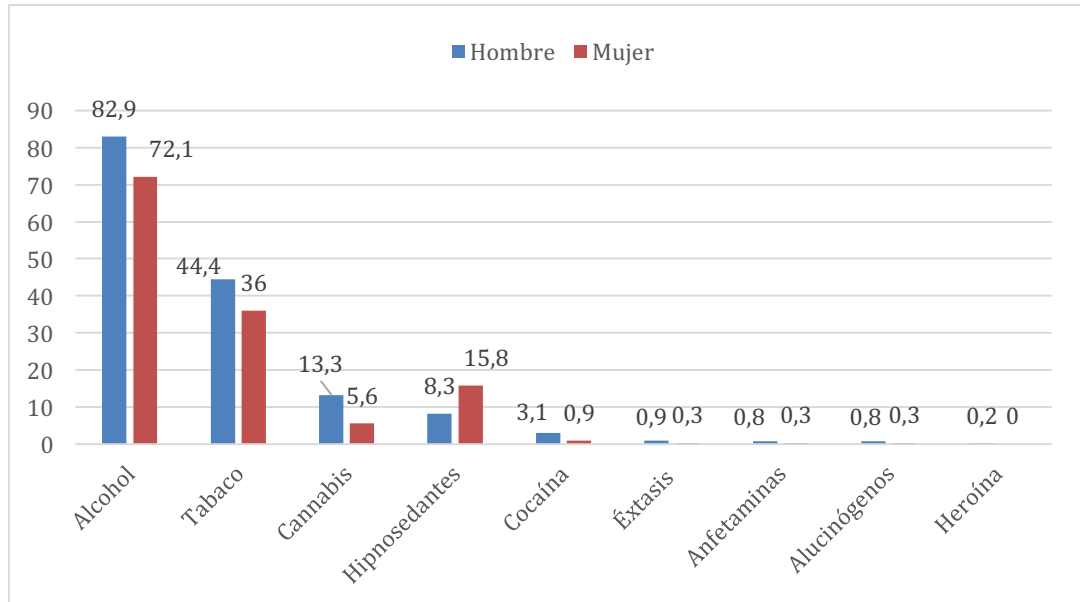
Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Basado en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2017.

Estos datos dejan ver que a medida que aumenta la frecuencia de los consumos (consumo en el último mes y diario) se incrementan las diferencias en las prevalencias de consumo de las diferentes sustancias a favor de los hombres. Así, el porcentaje de hombres que consumen a diario alcohol casi triplica al de mujeres, mientras que en el caso del cannabis y sus derivados es tres veces superior. También, es mayor la proporción de hombres que fuman tabaco. No obstante, los hipnosedantes son las únicas sustancias donde la prevalencia en el grupo femenino es significativa respecto a los datos registrados en el colectivo masculino: aproximadamente el doble de mujeres que de hombres ha tomado hipnosedantes en el último año (15,8% y 8,3% respectivamente). Además, las mujeres tienen, también, en menor medida, consumos considerables, como el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína y el éxtasis (véase Tabla 2).

Por otra parte, como establece el último Informe del Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones (OEDA, 2017) se observa que las mujeres tienen mayores registros en el consumo de drogas legales. Es decir, existe un elevado porcentaje de mujeres que

consumen de forma regular alcohol, tabaco, tranquilizantes, somníferos y derivados del cannabis (hachís o marihuana). Los hombres, por su parte, usan más drogas ilegales que las mujeres (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Consumo (%) de drogas en los últimos 12 meses de 15-64 años, según sexo. España, 2015.



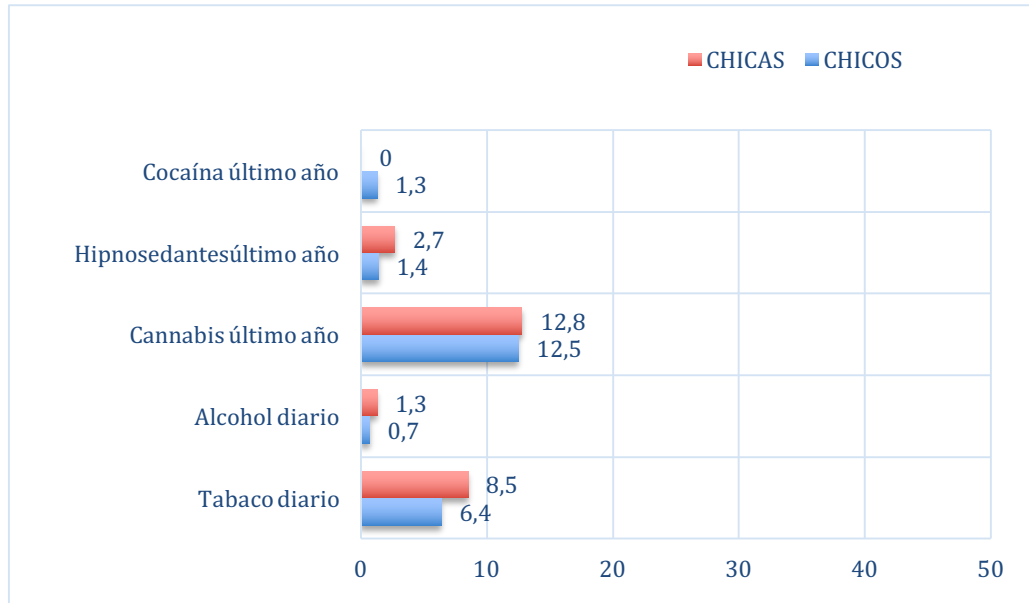
Fuente: Basado en la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España. OEDA, 2017.

Ahora bien, el factor generacional es un condicionante esencial para explicar la evolución de los consumos en función del género. Esta circunstancia explica cómo, en un ambiente que ha sido caracterizado por la supremacía del consumo entre los hombres, la equiparación de los hábitos de consumo de drogas en la población adolescentes es una realidad. De hecho, hoy en día, las y los adolescentes españoles de 15 a 17 años fuman tabaco, beben alcohol y consumen cannabis en porcentajes similares (véase Gráfico 2). Esto puede deberse a que son sustancias más aceptadas socialmente y, por tanto, su consumo no está tan castigado socialmente. Por otro lado, también se observa un crecimiento del consumo de drogas ilegalizadas por parte de las mujeres más jóvenes.

De hecho, el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (2015) ha realizado sucesivas encuestas desde 1995, y estas han mostrado que el estrechamiento de la brecha de género entre los adolescentes se debe a que el uso de sustancias psicoactivas entre las chicas ha aumentado de forma exponencial que entre los chicos. No obstante, dicha tendencia es aplicable fundamentalmente a los consumos experimentales o menos regulares, contemplándose como a medida que aumenta la

frecuencia de uso de las sustancias se acentúan las diferencias en las prevalencias de uso entre las chicas y los chicos.

Gráfico 2. Consumo de drogas entre los adolescentes de 15 a 17 años (%). España, 2015.



Fuente: Basado en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015). OEDA, 2017.

4.3. Edad de inicio en el consumo en la población en general

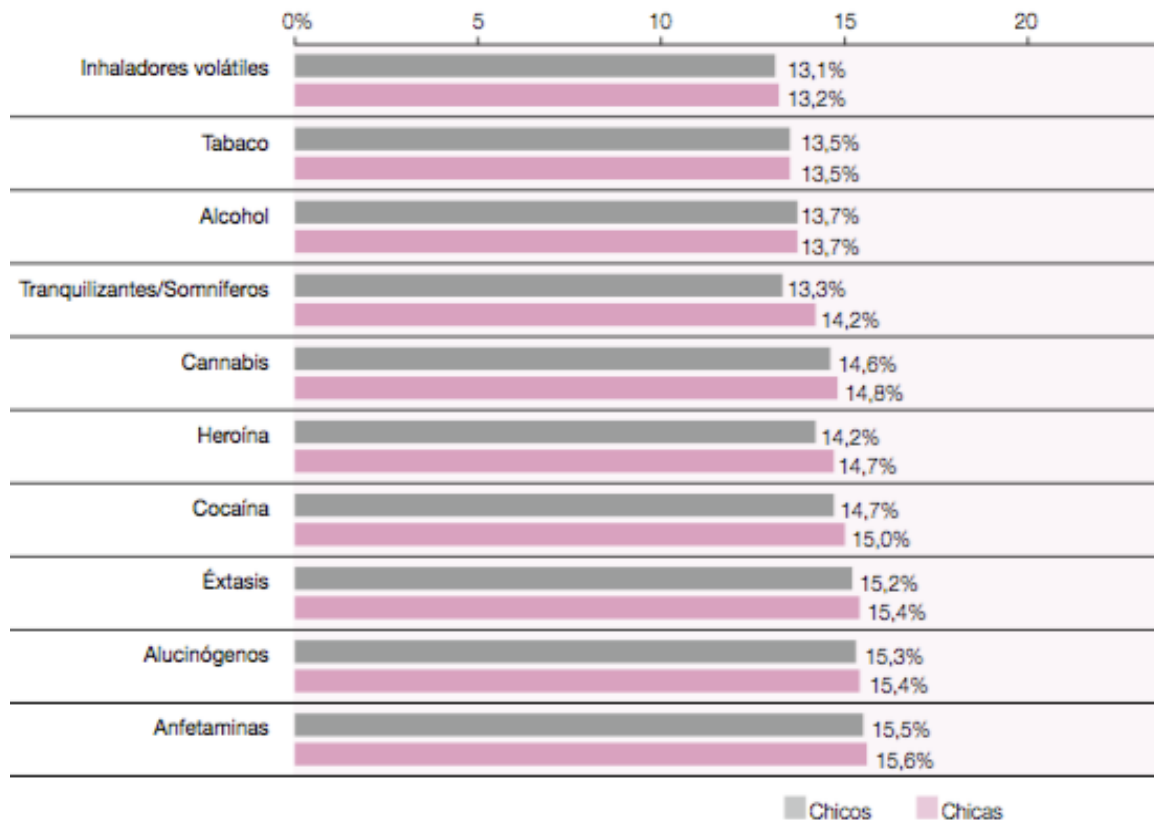
Blanco, Palacios y Sirvent (2001) en su informe señalan que la edad media de inicio en los consumos en las escolares, para el tabaco, el alcohol y los inhalables, es de 13 años. Mientras, que para el consumo de cannabis, anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, heroína, extasis y drogas de diseño es de 15 años. En la cocaína, por su parte, la edad media de inicio es de 16 años. Respecto, a las mujeres adultas la edad media del inicio a la cocaína es 31 años, de los tranquilizantes es de 38 años y de los hipnóticos es de 45 años.

Peñafiel (2009) señala que en la mayoría de los estudios existentes en esta materia, el comienzo del inicio de drogas suele situarse entre los 13 y los 15 años. Existiendo en este tramo de edad un considerable aumento de los consumos, pudiendo deberse a que en esta etapa existe una gran vulnerabilidad en los chicos y las chicas para iniciarse.

Sánchez (2012) indica que las mujeres se inician en el consumo de drogas, por lo general, a unas edades más tardías que los hombres, aunque entre los adolescentes las diferencias

son mínimas. En el caso del alcohol y el tabaco las edades entre ambos sexos son coincidentes (veáse Gráfico 3). Esta situación refleja la tendencia, antes mencionada, en la equiparación de los consumos entre los adolescentes, tanto chicos como chicas.

Gráfico 3. Edades medias de inicio al consumo de drogas, según sexo%.



Fuente: Sánchez, (2012). Género y Drogas. Guía informativa. Diputación de Alicante.

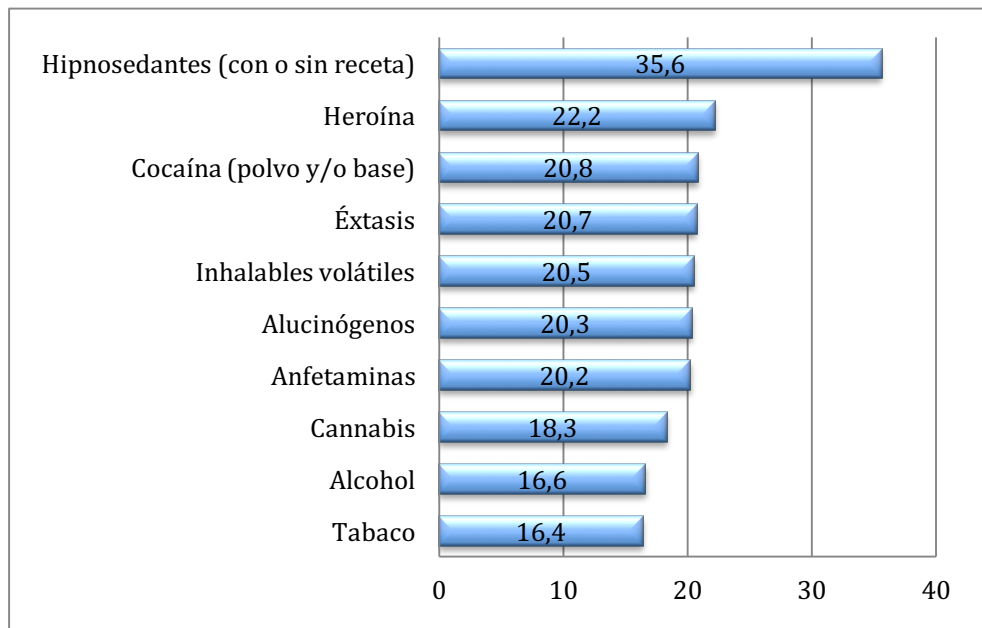
Asimismo, en 2012 el Observatorio Español sobre Drogas en su encuesta ESTUDES, realizada a jóvenes de 14-18 años, obtuvieron que la edad media del consumo se establece para todas las drogas entre los 13 y los 16 años.

En 2017, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) hallaron en su informe que las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más temprana son el alcohol y el tabaco, 16,6 y 16,4 años respectivamente.

Por su parte, el cannabis, en general, es la primera sustancia ilegal que primero empieza a consumirse, alrededor de los 18 años. Mientras, que los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas cuya edad media de inicio de consumo son los 35-36 años.

En cuanto a la cocaína, aquellos que han consumido establecen el primer consumo a los 20 años, promedio que apenas difiere del registrado por otras sustancias como el éxtasis o las anfetaminas (véase Gráfico 4).

Gráfico 4. Edad media de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2015.



Fuente: Basado en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015). OEDA, 2017.

Sin embargo, estos datos del último informe realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones en relación a las edades de inicio del consumo en función del tipo de droga, no se encuentran desglosados por sexos, por lo que se hace imposible detectar y analizar las diferencias entre chicos y chicas en relación a este tema en el último año.

4.4. Circunstancias del inicio del consumo

Urbano y Arostegui (2004) realizaron un estudio en el que 56 mujeres drogodependientes fueron entrevistadas, detectaron que la mayoría de ellas comienzan a consumir mayoritariamente "con pareja" (53,6%) y "con amigos" (33,9%). Los resultados de este estudio en relación a las circunstancias del inicio del consumo, pueden verse en la tabla siguiente.

Tabla 3. *Compañía de las mujeres cuando inician el consumo.*

COMPAÑÍA DEL INICIO	PORCENTAJE DE MUJERES
Sola	7,1%
Pareja	53,5%
Amistades	33,9%
Pareja y amistades	5,4%

Fuente: extraído de Urbano y Arostegui (2004).

En ese mismo estudio se mostró que, atendiendo al tipo de droga, en el caso de la heroína y la cocaína la pareja era una de las principales circunstancias por el que las mujeres se iniciaban en el consumo. Sin embargo, en el caso del alcohol, el consumo se produce en mayor medida con los amigos (50,0%) y sola (37,5%).

La Fundación Atenea (2016) señala que en el inicio del consumo en las mujeres tiene una fuerte influencia su pareja, iniciándose por esta causa un 20% de mujeres frente a un 1,5% de los hombres. Por su parte, las amistades en general tienen importante influencia en ambos sexos, aunque en mayor grado para los hombres.

Por otra parte, los comportamientos que presentan hombres y mujeres respecto al consumo son variados. Las mujeres realizan menos mezclas cuando consumen sustancias, son más prudentes y previsoras, tienen una mayor percepción de riesgo en el consumo de drogas, evitan la agresividad, ocultan el consumo, entre otras. En cambio, los hombres realizan más mezclas (policonsumo), son menos prudentes, consumen más drogas ilegales, les atraen las consecuencias de determinados consumos, alardean del consumo, etc., (Pantoja, 2007).

4.5. Consumo problemático de drogas

Cantos (2016) señala que, en los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, los datos son aún más propensos a diferenciar las pautas de consumo entre los hombres y las mujeres. En primero lugar, aproximadamente el 80% de las personas que solicitan apoyo para el tratamiento de adicciones a drogas son hombres. A esto se suma, la existencia de

dificultades de acceso y mantenimiento al tratamiento para las mujeres, lo cual puede generar que la cifra de mujeres con problemas de adicción sea mayor a la que se estima en los datos existentes (probablemente exista una elevada cifra negra).

Romo (2013) señala que la incorporación de las mujeres más jóvenes a los consumos de drogas más problemáticos sigue siendo menor en comparación con los hombres (citado en Cantos, 2016).

Además, Cantos (2016) considera que las mujeres con consumos problemáticos de drogas tienen una mayor estigmatización y, por tanto, un mayor riesgo de exclusión social que los varones. La mujer toxicómana está peor vista que el hombre y sobre ella recae mayores consecuencias negativas. Esto se debe, a que el consumo de drogas es entendido como parte de la identidad masculina y está más aceptado en el caso de los hombres, mientras que el consumo por parte de las mujeres es entendido socialmente como algo ajeno a ellas que pone en cuestionamiento su propia feminidad, se las cuestiona como mujeres.

Todo ello genera que las mujeres oculten su problema y tiendan hacerlo en espacios privados. Sin embargo, el consumo en lugares privado no sólo es una estrategia de ocultamiento sino también un medio para continuar ejerciendo sus roles de cuidado de la familia y del hogar que les son atribuidos a través de los mandatos de género (Cantos, 2016).

Es verdad que los hombres consumen más y tienen muchos problemas consecuencia del abuso de drogas y alcohol. Pero, a pesar de que el consumo problemático de sustancias psicoactivas sea mayoritariamente masculino, las mujeres con consumos problemáticos existen y no debemos olvidarnos de ellas. El hecho de que su presencia sea minoritaria ha tenido como consecuencia la invisibilización de su existencia, sus necesidades y sus especificidades. Esto se ha visto reflejado especialmente en la falta de recursos adaptados a su realidad. Sin duda alguna, ellas tienen problemas diferentes, contextos diferentes y requieren de alternativas diferentes a las de los hombres. Se debe trabajar desde una perspectiva diferencial, evitando tanto la naturalización del comportamiento masculino como la invisibilización de las mujeres en el campo de las toxicomanías.

5. MOTIVACIONES Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES

Sánchez (2014) señala que las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas sustancias psicoactivas o para mantener este consumo no siempre son iguales. Por esta razón, desde la perspectiva de género se trata de poner en evidencia las motivaciones existentes en el inicio del consumo y el mantenimiento de las situaciones de abuso de las drogas por parte de los hombres y las mujeres.

Así, investigaciones consideran que el inicio o experimentación de la población adolescente con drogas como el alcohol, el tabaco o el cannabis y sus derivados se asocian a una amplia variedad de motivaciones relacionadas con la transgresión de las normas adultas, la curiosidad, el hedonismo, la reafirmación de una identidad en construcción, la satisfacción de las necesidades de integración grupal, déficits en las relaciones sociales, la diversión o la respuesta a ciertos estados emocionales (Equipo de Investigación Sociológica, 2007).

Dicho inicio y continuidad de los consumos de sustancias tiene una influencia diversa en las chicas y los chicos (véase Tabla 4). Por su parte, los chicos tienden a iniciarse en el consumo de sustancias para buscar nuevas sensaciones y mitigar el aburrimiento, por placer, por curiosidad, por transgresión de las normas, para aumentar su sentido del yo, para aumentar las relaciones sociales con otros chicos que usan sustancias, etc., (Sánchez, 2014). En cambio, los usos de sustancias en las mujeres jóvenes responden a otras motivaciones como es el sentirse adulta, problemas emocionales, la pérdida de peso, el deseo de probar algo nuevo, sentir nuevas sensaciones. En las mujeres adultas, se asocia a pasar por momentos de cambio personal dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos de casa, la pérdida de algún ser querido, las situaciones de separación o divorcio, sentimientos de soledad, pérdida de salud, dejar de trabajar, necesidad de establecer nuevas relaciones (Pantoja, 2007), entre otras (véase Tabla 5).

Tabla 4. Diferencias de género en el consumo.

MOTIVACIONES EN EL INICIO DE CONSUMO	GÉNERO	
	Chicas adolescentes	Chicos adolescentes
Aumentar el vínculo social con otros chicos consumidores		X
Mejorar su autopercepción		X
Buscar sensaciones y vencer el aburrimiento		X
Comportarse mal; incluso comportamientos socialmente amenazantes.		X
Problemas emocionales	X	
Problemas de pareja	X	
Tensión	X	
Depresión	X	
Ansiedad por el peso y trastornos de alimentación	X	

Fuente: De Audikana y Arostegui (2017). *Perspectiva de género en la intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación.*

Tabla 5. Motivaciones para el uso de alcohol y/o drogas en mujeres.

MOTIVACIONES	GENERAL	ESCOLARES
Para escapar a problemas personales o para animarse.	7,8	19,4
Por el gusto a hacer algo prohibido.	16,8	10,9
Por placer, para divertirme.	63,8	60,5
Por aburrimiento.	4,6	4,9
Por estudiar o trabajar mejor.	1,3	0,4
Por facilitar la conversación o el contacto social.	10,3	7,3

Por problemas familiares.	2,2	2,1
Por sentirme marginada o discriminada en el trabajo.	0,8	0,6
Por deseo de ser aceptada por un grupo.	4,4	1,9
Por enfermedad, dolor, nervios, para dormir, etc.	12,0	2,2
Otras razones.	0,0	8,6
NS/NC	17,8	17,7
Base	(1.487)	(1.274)
Media motivaciones	1,51	1,44

Fuente: Navarro (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Madrid (España): Instituto de la Mujer.

5.1. Motivaciones específicas de las mujeres para el consumo de las distintas drogas

A. Motivaciones de las mujeres para el consumo de alcohol

El abuso de alcohol por parte de las mujeres está relacionado con los siguientes factores (Rubio & Blázquez, 2000):

- Factores biológicos: historia familiar de alcoholismo y gran vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.
- Factores psicosociales: conflictos de pareja y/o rupturas familiares, disfunciones sexuales, convivencia con pareja alcohólica o dependiente de otras drogas, presencia de patología psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso de otras sustancias, trastornos de alimentación), acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia y la adolescencia), impulsar la confianza en sí misma, disipar la soledad y consumo de drogas durante la adolescencia.

Según estos mismos autores, la depresión es causa de los problemas de alcoholismo debido a la elevada presencia de trastornos depresivos en pacientes alcohólicos. Asimismo, algunas investigaciones señalan que las mujeres suelen beber en respuesta

al estrés, a las emociones negativas y para aliviar los síntomas depresivos (Rubio & Blázquez, 2000).

Asimismo, un elemento diferencial en este tipo de consumos problemáticos que afectan a las mujeres respondería, fundamentalmente, a una conducta evasiva frente a situaciones conflictivas o estresantes, relacionadas con ciertos conflictos y rupturas familiares y/o pareja, y sucesos traumáticos, estrés, separación con los hijos, etc., que explicarían las elevadas tasas de trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo, trastorno por estrés postraumático, crisis de pánico, trastornos por somatización y bulimia) presentes entre las mujeres dependientes del alcohol. También, se asocia el incremento del uso de alcohol con la presión de los compromisos y obligaciones familiares (rol de madre, esposa, ama de casa, amante) y profesionales (Góngora & Leyva, 2005).

Además de lo dicho anteriormente, las chicas adolescentes, al igual que los chicos, consumen alcohol los fines de semana porque en España impera un modelo de ocio que asocia la diversión, la amistad y la integración social con la ingesta de alcohol (Sánchez, 2002).

En contraste a estas motivaciones presentes en el colectivo femenino, para los hombres el consumo de alcohol ha constituido un acto que prueba su masculinidad, que exacerba el machismo, que refrenda el carácter “mujeriego” y “aventurero” (Góngora & Leyva, 2005). Los hombres consumen para controlar a los demás, para regular sus emociones, conseguir una sensación de dominio, mejorar las emociones positivas o ajustarse a un grupo.

B. Motivaciones de las mujeres para el consumo de tabaco

Según Artazcoz y Borrell (2007) el consumo de tabaco era una práctica social exclusivamente reservada a los hombres, pero la conquista de la mujer en los diversos ámbitos de la vida social supuso la exigencia de reproducir las conductas propias de estos. Consecuencia de ello, el tabaco es percibido como un símbolo de la independencia femenina y la igualdad entre sexos, identificando su consumo como signo de autonomía y éxito social.

Las motivaciones asociadas al inicio del tabaquismo son distintas en mujeres y hombres y están condicionadas por los roles de género. En el caso de las mujeres, los factores que más influyen en la iniciación son el estrés, la autoestima, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen. Además, las mujeres fuman, también, para facilitar la interacción social, para tener tiempo para sí mismas, y como fuente de placer y confort. De igual forma, a las chicas el consumo de tabaco les ayuda a controlar su estado de ánimo y a sentirse bien, mientras que en los hombres fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones (Becoña & Vázquez, 2000).

Becoña y Vázquez (2000) señalan que, pese a que hombres y mujeres fuman para disminuir el estrés, los factores desencadenantes del consumo son diferentes. Las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, mientras que los hombres lo hacen para aumentar sensaciones positivas.

Asimismo, existen diferencias de género en las motivaciones para continuar fumando. Una de las causas que contribuyen a que las mujeres sigan fumando o que no se impliquen en el abandono del mismo es el miedo a engordar. Consecuencia, del estereotipo de mujer ideal, delgada, que se impone en la sociedad actual como requisito estético y vía para alcanzar el éxito social. En este sentido, otro motivo que impulsa a las chicas a seguir fumando es la sensación de autonomía, como medio de autodefinición o para dar una imagen de fría, sofisticada, desafiante, sexi y esbelta (Tubert, 2005, citado en el Observatorio de Salud de la Mujer, 2008).

C. Motivaciones de las mujeres para el consumo de psicofármacos

El uso de hipnosedantes (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se asocia con la necesidad de eludir cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, el insomnio y la tristeza que se derivan de las tensiones sociales, familiares, laborales, etc., propias de las sociedades modernas, así como de las responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo tanto dentro y fuera del hogar.

Muchas mujeres, así como el propio entorno familiar y social, consideran estos síntomas emocionales ante determinadas circunstancias de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos. Esto origina que sean las mujeres

mayoritariamente las que sufren abuso de estas sustancias (José de la Cruz, Herrera, Gonzáles, Fariñas, & Egea, 2000).

D. Motivaciones de las mujeres para consumir drogas ilícitas

Las motivaciones femeninas son diferentes para iniciarse y para mantenerse en el consumo de drogas, se asocian a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como respuesta ante circunstancias conflictivas a nivel personal o familiar (abusos, violencia, etc.) (Equipo de Investigación Sociológica, 2007).

La dependencia afectiva que ciertas mujeres siente por su pareja, así como, la necesidad de sentirse querida aceptada por ésta, lleva a que algunas mujeres se sientan obligadas a “acompañar” los consumos de su pareja, lo que suele constituir un primer paso para la adicción (Blanco et al., 2002).

Urbano y Arostegui (2004) afirman que “las mujeres se inician a una edad temprana en el consumo de drogas porque generalmente lo hacen a instancia de sus parejas, mayores que ellas y consumidoras” (p.47).

Del mismo modo, Sánchez (2014) apunta que otro motivador importante del uso de drogas ilícitas (estimulantes como la metanfetamina, la cocaína, la nicotina o el éxtasis) por parte de las mujeres es la pérdida de peso puesto que los estimulantes son ideales para esto debido a que entre los efectos secundarios que causa se encuentra la pérdida del apetito. Por ello, las metanfetaminas, son particularmente llamativas para las mujeres, esto explica la mayor predisposición de las adolescentes a su uso.

Por su parte, los hombres son más tendentes a usar este tipo de drogas para mejorar su estado de ánimo y la creatividad (Sánchez, 2009).

5.2. Factores de riesgo asociados al consumo de las distintas drogas entre las mujeres.

A continuación, se presentan los factores de riesgo y protección específicos de la mujer, pero antes haremos un análisis sobre los factores de riesgo y de protección que afectan a la población en general.

Existen numerosos factores que incrementan el riesgo o posibilidad de que una persona se inicie al consumo de las diferentes drogas, de que repita los mismos, de que termine abusando o dependiendo de estas sustancias.

Por un lado, están los *factores de riesgo* los cuales pueden aumentar la probabilidad de que una persona consuma drogas, así como que se instauren conductas de abuso y/o dependencia a las drogas, problemas de salud o sociales asociados a dichos consumos. Por otro, están los *factores de protección* que pueden reducir la probabilidad del uso de sustancias (Robertson, David & Rao, 2004).

La existencia de múltiples factores de riesgo, la ausencia en muchas ocasiones de factores de protección y la interacción entre ambos elementos determina una mayor vulnerabilidad en los individuos para adentrarse en el consumo de drogas y desarrollar conductas de abuso o de dependencia a las mismas. Estos factores pueden afectar a cualquier persona ejerciendo un efecto diferente dependiendo de variables como la edad, la etnia o el género (Robertson et al., 2004). Por ello, es tan importante preguntarse si los factores de riesgo funcionan de manera diferente en hombres y en mujeres con el objetivo de maximizar la efectividad de las intervenciones preventivas para ambos sexos.

En una investigación realizada por Pedrosa (2009), en la que participó un grupo de adolescentes, distribuidos por sexos, se encontró que los factores de riesgo aumentan ante la presencia de determinadas variables (baja percepción del riesgo de consumo, del acceso a la obtención de las sustancias, el absentismo escolar injustificado, el consumo de los amigos que lo rodean, etc.) a medida que se incrementa el número y el tipo de sustancias. Los diferentes grupos de hombres y mujeres al tener una baja percepción sobre el riesgo del consumo, se incrementa la probabilidad de que puedan consumir una, dos o más sustancias. En cuanto a los factores de protección, hallaron que también inciden de manera diferente en cada grupo de consumidores (hombres y mujeres).

En otra investigación realizada por López y Rodríguez (2010), aplicaron el cuestionario *Communities that Care Youth Survey (CTCYS)* a 2440 personas (de 12 a 18 años) distribuidas por sexos en Galicia. Los resultados del estudio mostraron que los factores de riesgo y de protección eran altos en individuo (actitudes favorables al comportamiento antisocial y el consumo de drogas, consumo de drogas con amigos, escasa percepción del riesgo de consumir, búsqueda de nuevas sensaciones, etc.), en escuela (absentismo escolar

injustificado, fracaso escolar, etc.) y en comunidad (leyes y normas favorables al consumo de drogas, transiciones vitales, disponibilidad percibida de drogas, etc.). También, se encontraron que sí había diferencias según el sexo, los factores de riesgo funcionan de modo diferente en chicos y chicas. Los chicos se diferencian de las chicas en que perciben que las leyes y normas respecto al consumo son más favorables, las exigencias familiares son más escasas, la actitud de los padres ante el consumo es más favorable, el consumo de los amigos, el fracaso académico y el escaso compromiso con la escuela con mayores, se da un inicio más temprano en drogas y conducta antisocial, el poco riesgo percibido es más elevado, la búsqueda de sensaciones mayor. En cambio, en ellas los conflictos familiares, las transiciones y la depresión con significativamente mayores. Además, se encontró que los adolescentes más adultos tienen valores más altos en los factores de riesgo y los más pequeños tienen valores más altos en los factores de protección.

Por su parte, los chicos tienen menos factores de protección que las chicas. Los factores de protección en las chicas son los mismos que los de riesgo, personales y familiares, de modo que puede operar el mecanismo riesgo-protección. En los factores de protección, los efectos son más puntuales, no tan generalizados como los factores de riesgo y tienen, a veces, efectos contradictorios, al estar en el caso de algunas sustancias más relacionadas con el riesgo de consumo que con la protección, especialmente con las drogas «más sociales», como alcohol y tabaco. Por ejemplo, en otro estudio realizado en España (Cava, Murgui & Musito, 2008), se obtuvo que los chicos con más autoestima social, y supuestamente más protegidos frente al consumo, eran los que tenían más riesgo de consumir al pasar más tiempo con sus iguales.

Ahora bien, tanto los factores de riesgo como los factores de protección están relacionados con diversas características individuales, familiares, escolares, ambientales y del grupo de iguales. Del mismo modo, muchos de estos factores son comunes tanto en el hombre como en la mujer, pero otros incurren específicamente sobre ellas haciéndolas más vulnerables frente al consumo de sustancias psicoactivas (véase Tabla 6).

Tabla 6. Factores de riesgo en las mujeres.

FACTORES INDIVIDUALES	Estés y ansiedad derivados de un mundo en cambio, en el que la mujer asume nuevos roles.
	Insatisfacción personal y baja autoestima, producto de la imposibilidad de satisfacer los ideales femeninos y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.).
	Presencia e trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
	Necesidad de acompañar en el consumo a la pareja para su aceptación.
	Acoso o abuso sexual, consecuencia de ello consume drogas como mecanismo de defensa o se auto-medican para sobrellevar los sentimientos de ansiedad, culpa, miedo..., resultado de la violencia.
	Fracaso académico.
FACTORES FAMILIARES	Padres consumidores de drogas
	Pareja consumidora de drogas
	Conflictos continuos con la pareja
	Separaciones, divorcios, problemas económicos (pobreza), etc.
	Mala relación con los padres o la familia.
	Pérdida traumática de algún familiar.
	Relaciones sexuales no satisfactorias.
	Violencia familiar y/o de género.
FACTORES SOCIALES	Escasos vínculos afectivos con los hijos, la pareja o los padres.
	Sobrecarga física y emocional derivadas del trabajo tanto dentro como fuera del hogar.
	Aislamiento social.
	Ausencia de participación social.
	Imitación de las conductas masculinas, reproducción de la igualdad y conquista del espacio público.
	Necesidad de imitar conductas características de los hombres para sentir que se adaptan al nuevo rol asignado a las mujeres.
	Miedo al rechazo social sino consume drogas.
	Relación con personas consumidoras de drogas.
Presión publicitaria para que la mujer imita los hábitos de consumo de tabaco y alcohol masculinos.	

Fuente: extraído de Sánchez (2009).

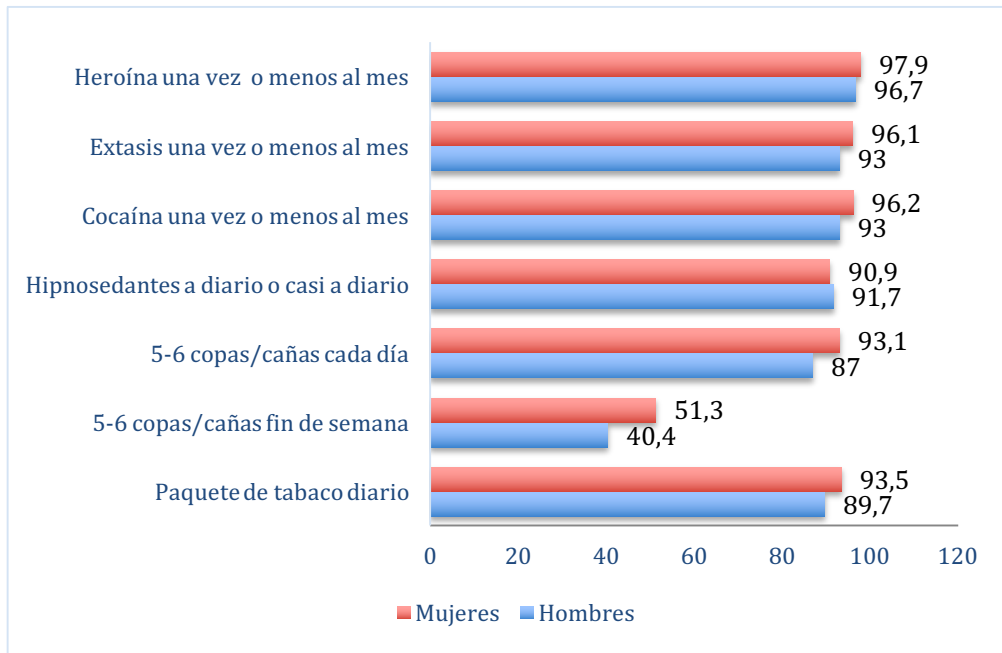
Las conductas relacionadas con el consumo de drogas, por parte de la mujer, vienen determinadas por las condiciones sociales y psicológicas en las que se desarrolla su vida. Igualmente, los factores de riesgo que pueden predisponer a la mujer al consumo están ligados a aspectos emocionales y afectivos, y las mujeres con frecuencia consumen para tratar de manejar o evitar problemas como el estrés, la ansiedad, la depresión, la soledad, etc. Además, recurren a estos consumos como una forma de eludirse de un entorno familiar conflictivo u hostil. También, los consumos de droga se emplean como instrumentos que facilitan la sociabilidad femenina y su presencia en la vida pública (véase Tabla 6) (Equipo de Investigación Sociológica, 2007).

Las mujeres se ven algo más afectadas que los hombres ante la mayoría de los factores de carácter familiar (consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, la doble jornada en el trabajo y en el hogar o las malas relaciones con la pareja). De gran influencia son los estados de ánimo (pérdida de confianza en sí misma y la sensación de no poder superar sus dificultades), también son especialmente vulnerables ante las condiciones de trabajo negativas (insatisfacción con el trabajo que realizan, jornadas muy prolongadas, etc.) y el continuo esfuerzo por conseguir la igualdad entre ambos sexos (véase Tabla 6).

En cambio, existen ciertos factores de protección que tienen gran influencia sobre la mujer y son los que intervienen para evitar o reducir, en muchas ocasiones, los consumos de sustancias (Sánchez, 2009):

- Las mujeres y las adolescentes tienen una mayor percepción de riesgo asociado al consumo de drogas que los hombres, esto les permite desarrollar tácticas de control y evitación del uso y abuso de drogas (véase Gráfico 5).

Gráfico 5. Percepción del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo (%). Población de 15 a 64 años. España, 2015.



Fuente: Basado en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015). OEDA, 2017.

- Las mujeres atribuyen mayor valor a su salud y a la de los demás.
- La mayor protección por parte de los padres al género femenino: existen mayores restricciones y actitudes menos permisivas sobre el consumo de drogas en las hijas, que se precisa en:
 - Los padres supervisan y/o controlan las actividades de sus hijas.
 - Los padres restringen la salida de sus hijas a los espacios de ocio nocturno donde se produce un mayor consumo.
 - Las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias por parte de sus hijas son más restrictivas que en el caso de los hijos.

6. DIFERENCIAS EN EL IMPACTO DE LAS DROGAS EN HOMBRES Y MUJERES

Según Blanco, Palacios y Sirvent (2001) los hombres y las mujeres tienen distintas características físicas como son el peso, la altura, el funcionamiento hormonal, el tipo de respuesta biológica ante las drogas, etc.; psicológicas como son la existencia de

diferencias en el funcionamiento del cerebro de hombres y mujeres, autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc., y sociales (reconocimiento, valoración y participación social, etc.) que intervienen en el impacto diferencial de los consumos de drogas en ambos sexos.

A pesar de que el consumo problemático de drogas es más elevado en el colectivo masculino, las mujeres presentan problemas de mayor gravedad. Ellas son más vulnerables a los efectos de las drogas que los hombres, por los factores biológicos (la metabolización: procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de las drogas en el organismo son más lentos), psicológicos, personales y sociales (NIAAA, 2005).

Consecuencia de ello, existen diferentes investigaciones que señalan que existen elementos característicos en las mujeres drogodependientes como son (Sánchez, 2009):

- El consumo de drogas en las mujeres comienza a una edad más tardía. Este inicio se asocia, por lo general, con relaciones de pareja con consumidores.
- Las adicciones a las drogas son más severas en las mujeres, ya que se instauran y evolucionan de forma más rápida.
- Las mujeres consumen menos cantidades que los varones, pero los trastornos físicos derivados de los consumos son más frecuentes y graves en ellas, teniendo mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad. Además, presenta mayor porcentaje de padecer otros trastornos psiquiátricos asociados a las drogas.
- Las mujeres tienen más dificultades para acceder a los tratamientos, en especial cuando tienen hijos menores. A esto se suma, que una vez que inician el tratamiento las mujeres tienen una evolución más negativa que los hombres debido a que los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, así como con las presiones que reciben del entorno familiar para concluir el tratamiento y asumir sus responsabilidades familiares.
- Las mujeres con drogodependencias acuden a tratamiento con más bajos niveles de autoestima en comparación con los hombres.
- Las mujeres drogodependientes tienen menos apoyo familiar y social para enfrentar las adicciones. Además, de tener más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.

- En las mujeres adictas existe una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales, maltrato físico o psicológico tanto en la infancia como en la edad adulta que los hombres.
- En las mujeres drogodependientes existe una alta probabilidad de intentos de suicidios que los hombres.
- Las mujeres con frecuencia reaccionan, ante la depresión, la ansiedad y el estrés, consumiendo drogas.
- Las mujeres con drogodependencias suelen tener menos experiencia laboral que los hombres. Además, las mujeres suelen tener menos oportunidades laborales que los hombres, sufriendo una mayor estigmatización y rechazo si se conoce su condición de drogodependiente.
- Las mujeres drogodependientes cuentan con mayores problemas laborales y económicos que los hombres.
- Las mujeres con consumos problemáticos de drogas sienten en mayor medida que han fracasado a nivel personal, familiar y social, al no desempeñar el papel que le han asignado.
- Las mujeres con problemas de adicción soportan una mayor sanción social que los hombres lo que se traduce en estigmatización y menor grado de apoyo familiar o social.

Respecto al impacto que tienen las distintas drogas en la salud de las mujeres, se exponen a continuación (Sánchez, 2009):

IMPACTO DEL ALCOHOL: las mujeres toleran el alcohol peor que los varones ya que ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres registran mayores niveles de alcoholemia que éstos. Esto puede deber a que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres, además de tener menor altura y peso corporal, lo que genera que su concentración en sangre sea superior.

Los efectos del alcohol a largo plazo pueden producir graves riesgos para la salud de las mujeres, como pueden ser: mayor riesgo de sufrir daños en el hígado, en el cerebro y enfermedades cardíacas; los daños en el organismo son más severos; las tasas de mortalidad relacionadas con el consumo de alcohol son mayor en las mujeres y los trastornos son superiores entre las mujeres alcohólicas que entre los hombres.

IMPACTO DEL TABACO: las mujeres son más vulnerables al tabaco por los efectos que este tiene sobre la función de los ovarios y en la secreción de estrógenos (hormona femenina), además de sus efectos sobre el feto cuando se consume durante el embarazo.

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son diversas: adelanto de la menopausia, mayor presencia de quistes en los ovarios y de inflamación en las mamas, mayor prevalencia de cáncer de cuello de útero, de cérvix, de pulmón..., menstruaciones dolorosas, etc.

IMPACTO DE LOS TRANQUILIZANTES: las mujeres experimentan más efectos secundarios que los varones durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos. Además, las mujeres tienden a mezclar el consumo de estas sustancias con otras como el alcohol, lo que incrementa el riesgo de sufrir un accidente e intoxicación.

IMPACTO DE LAS DROGAS ILÍCITAS: en las mujeres es más habitual que presenten trastornos de ansiedad por el consumo de cannabis. Además, son más vulnerables a los efectos de la cocaína ya que los procesos de absorción y metabolización de estas sustancias en el organismo son menores en las mujeres, es decir con un consumo inferior los niveles en sangre de cocaína son mayores. Además, las mujeres desarrollan la adicción a la heroína de forma más rápido que los hombres, consumen más cantidades y están expuestas a mayores riesgos que estos.

6.1. Patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones femeninas

La acción directa del consumo de alcohol y tras drogas sobre el sistema nervioso central puede ocasionar un conjunto de trastornos mentales en la mujer, como pueden ser ansiedad, insomnio, síndrome de estrés postraumático, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y problemas de imagen, depresión e intentos de suicidio.

Según Blanco, Palacios y Sirvent (2005) “la mujer adicta además de la adicción, suele padecer un problema añadido tanto o más grave que puede ser incluso la causa que originó el trastorno adictivo” (p.93).

Además, estos mismos autores señalan que existen diferencias psicológicas y psicopatológicas entre los hombres y las mujeres, en primer lugar las mujeres suelen

presentan una bidependencia (dependencia relacional), es decir no sólo tienen un problema con la sustancia química sino que además de éste existe otro de dependencia afectiva con las relaciones que crea, por ejemplo, con la pareja, buscándolo obsesivamente, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destaca que sin esa persona no puede estar y aunque la mujer con dependencia relacional se libere o rompa una relación, fácilmente reproducirá los mismos patrones de interrelación con la siguiente pareja. Además, las mujeres presentan “un mayor índice de trastornos asociados al estado de ánimo (especialmente depresivos) de ansiedad y adaptativos”. Mientras que en los hombres suelen ser más frecuentes los trastornos de personalidad y la psicosis (esquizofrenia y paranoide).

Asimismo, Moral, Sirvent, Rivas, Quintana y Campomanes (2011) afirman que en las mujeres drogodependientes existe una mayor prevalencia a trastornos de estado de ánimo y de ansiedad que en los hombres (véase Tabla 7). Estas patologías afectan en mayor medida a las mujeres con prevalencias que pueden llegar a duplicar a las de los varones.

Tabla 7. Trastornos psiquiátricos en población adicta, por sexo.

Trastornos psiquiátricos en población adicta	SEXO		Total
	M	V	
<i>Período enero-diciembre de 2009</i>			
Ausencia de trastornos no adictivos	34 23%	187 58,8%	221 47,42%
F06.0 Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación	0 0,00%	1 0,31%	1 0,21%
F20-29 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3 2%	21 6,66%	24 5,15%
F31-32-22-43 Trastornos del estado de ánimo	38 25,6%	45 14,1%	83 17,81%
F40-41-42 Trastornos de ansiedad	47 31,7%	39 12,2%	86 18,45%
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	0 0,00%	2 0,62%	2 0,43%
F45 y 50 Trastorno de somatización y disfunciones fisiológicas	14 9,4%	2 0,62%	16 3,43%
F52 Disfunción sexual no orgánica	0 0,00%	1 0,31%	1 0,21%
F60 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	12 8,7,8%	20 6,2%	32 6,87%
TOTAL	148 31,76%	318 68,24%	466 100,00%

Fuente: extraído de Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana, Campomanes, (2011).

También, López (2002) al hablar de la mujer drogodependiente señala que los trastornos psiquiátricos que habitualmente presenta ésta son: la depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de alimentación (citado en Blanco et al., 2002).

Urbano y Arostegui (2004) en su estudio con mujeres drogodependientes hallaron que un 37,5% de las mujeres había padecido problemas relacionados con la alimentación en algún momento de su vida: el 23,8% había padecido “bulimia” y el 14,3% había padecido “anorexia”, el 4,8% “anorexia-bulimia” y en el 57,1% de la muestra se habló de cierto “gusto excesivo por la delgadez”.

7. DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género incluye todo comportamiento en el que, en una relación afectiva, se ejerza violencia física o psicológica, incluyendo las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación de libertad.

De acuerdo la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género se define como toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Se entiende por violencia infligida por la pareja todo acto que, cause perjuicio físico, psicológico o sexual a quienes mantienen una relación sentimental. Comprende actos de agresión física (abofetear, patear, etc.), maltrato psicológico (humillaciones, intimidación y denigraciones constantes), relaciones sexuales forzadas o cualquier otro comportamiento controlador (aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar constantemente lo que hace y restringir el acceso a información o ayuda) (Ministerio de Sanidad, 2006).

Para explicar la presencia y la relación entre ambos fenómenos, es imprescindible analizar los factores o variables asociados a los mismos. Por ello, es necesario mencionar los siguientes factores explicativos de la violencia de género (Condori & Guerrero, 2010):

- Socioculturales: actitudes tradicionales ante el rol de la mujer, cambios en las normas sociales y culturales, sistemas de creencias patriarcales, sexismo, tolerancia frente a la violencia, etc.
- Familiares: educación autoritaria, conflictividad familiar, pobreza y carencia de recursos, estrés y frustración familiar, falta de apoyo social, conflictos de intereses, luchas de poder en la pareja, violencia normalizada, etc.
- Relacionados con los agresores: abuso de sustancias, modelos violentos de conducta, exposición a la violencia en la niñez, trastornos mentales, personalidad y conductas antisociales, necesidad de ejercer el poder y el control, dependencia personal, baja

tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, etc.

- Relacionados con las víctimas: exposición a la violencia en la infancia, baja autoestima, maltrato y/o abusos sexuales en la familia, dependencia económica, dependencia afectiva, acontecimientos vitales estresantes, carencia de apoyo social y escasas estrategias de afrontamiento personal, pertenencia a grupos marginados o excluidos, desempleo, aislamiento social y familiar, etc.

La violencia y la dominación son aspectos que fomentan la construcción, el mantenimiento y la demostración de las identidades masculinas. Así, la necesidad de definirse como “no femenino” se debe a la estructura jerárquica del sistema de género, donde lo femenino se encuentra en una posición de subordinación ante lo masculino. De esta manera, la violencia contra las mujeres tiene el objetivo de mantener ese estatus, sobre todo cuando ciertos hombres sienten que la posición que les corresponde está siendo amenazada. Además, esta perpetuación de la violencia sigue siendo una vía para demostrar la “hombria” del sexo masculino (Servicio de Investigación Social de Fundación EDE, 2015).

Diversas investigaciones que se han realizado en España para conocer las causas que originan la aparición de los episodios de violencia de género, atribuyen un papel destacado al alcohol u otras drogas por parte de los agresores, de modo que, existe una clara relación entre el consumo de alcohol, en especial con un patrón abusivo, y la violencia contra la pareja. La ingesta de esta sustancia estaría presente en el 30% y el 50% de los casos de violencia de género que se han estudiado (Emakunde Instituto Vasco de la Mujer, 1991).

Sin duda, uno de los factores que puede intervenir en la relación entre el consumo de sustancias y la violencia es que la percepción y la capacidad cognoscitiva de los consumidores se ve afectada y puede dificultar la relación con otras personas, aumentar la desconfianza, disminuir la capacidad de juicio y generar así situaciones agresivas debido a las malas interpretaciones o percepciones confusas de la situación. Además, los ambientes de consumo, también, pueden ser propiciatorios de violencia (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007).

Evidentemente, ninguno de estos factores induciría agredir a las mujeres de no ser por el marco sociocultural en el que ocurre, definido por un sistema de género en el que los sexos se relacionan en un sistema jerárquico en el que el valor de lo masculino se establece a través de la demostración de su superioridad con respecto a lo femenino.

En los casos de violencia de género, el alcohol y otras drogas, sobre todo de carácter nocivo o peligroso, se presentan como uno de los factores de riesgo de violencia en la pareja, incluso la Organización Mundial de la Salud señala que se ha comprobado en muchos países que el consumo de alcohol u otras drogas está ligado a la violencia infligida sobre la mujer. El consumo de alcohol no es el responsable directo de la violencia de género, pero actúa como un elemento que precipita la comisión de actos violentos, incrementando la frecuencia y la gravedad de las agresiones (Boada, 2012).

En los casos de violencia de género, el estado de ebriedad de la mujer puede llegar a convertirse en una excusa para el maltrato, tanto en hombres ebrios como sobrios. En muchos casos, el abuso de drogas en las mujeres es una consecuencia de las situaciones de maltrato al que se ven expuestas (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007).

Una publicación de la Organización Mundial de la Salud confirma que el alcohol y la violencia perpetuada por la pareja están relacionados (Ministerio de Sanidad, 2006):

- La ingesta de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos no son capaces de encontrar una solución no violenta a los conflictos relacionales.
- El consumo excesivo de alcohol por un miembro de la pareja puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares. Todo ello, puede contribuir a que se generen tensiones y situaciones conflictivas en la pareja e incrementar el riesgo de que se produzcan comportamientos violentos entre los miembros de la pareja.
- La creencia tanto individual como social de que el alcohol es un generador de conductas agresivas puede alentar a comportarse violentamente después de haberlo ingerido, y a consumirlo como disculpa por estos comportamientos.
- Ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol y otras drogas como método de afrontamiento o para auto-medicarse.

- Los menores testigos de actos o amenazas de violencia entre los padres tienen una mayor probabilidad de iniciarse en el consumo nocivo de alcohol a edades más tardías.

En los estudios sobre violencia de género es habitual hallar que los agresores han ingerido recientemente alcohol. Las estimaciones suelen variar de un país a otro. En los Estados Unidos de América, en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que sus parejas habían estado consumiendo alcohol antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos (Ministerio de Sanidad, 2006).

También se ha constatado el consumo de alcohol entre las víctimas de la violencia de pareja. En los años 1970 y 1998, el 36 % de las víctimas de violencia que asistieron a un servicio de traumatología en los Países Bajos habían consumido alcohol. Entre las víctimas de traumatismos violentos que acudieron a servicios de urgencias en seis países, la prueba de alcoholemia dio positiva en Argentina en un 24% y en Australia en un 43%. En el período de 1999-2001, en tres ciudades de Sudáfrica, entorno al 43%-90% de las víctimas atendidas en servicios hospitalarios dieron positivo en alcoholemia. En 2001, en Sao Paulo (Brasil), el 42% de las víctimas de homicidio habían ingerido alcohol antes de morir (Pastor, Reig, Fontoba & García del Castillo- López, 2011). Además, un estudio realizado en Suiza señaló que el 22% de las víctimas de este tipo de violencia habían consumido alcohol tras el incidente como un mecanismo de afrontamiento (Ministerio de Sanidad, 2006).

8. LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES

El consumo de drogas influye en la sexualidad. En algunas ocasiones, las dificultades en el ámbito sexual pueden ser un factor de inicio o mantenimiento de la adicción. Así, el tratar de superar algún problema sexual puede incrementar el riesgo de iniciarse en el consumo. En otras ocasiones, el hecho de no tener claro la orientación sexual motivan el abuso de sustancias; individuos que se dan cuenta que desean a personas del mismo sexo intentan paliar su angustia con el consumo de drogas.

A su vez, el consumo de alcohol u otras drogas tiene a largo plazo efectos negativos en el ciclo deseo-excitación-orgasmo. Además, el consumo abusivo de sustancias produce

efectos negativos sobre la regulación hormonal y alteraciones en la vida sexual de las mujeres (Barreda et al., 2005):

- El consumo de alcohol y de estimulantes produce mayor desinhibición sobre la conducta sexual, aumentando el deseo para algunas mujeres, pero disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo, este consumo produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción induce al consumo de alcohol, como una manera de afrontamiento ante dicha insatisfacción.
- El tabaco afecta el proceso de excitación femenina, disminuyendo la lubricación lo que haría la penetración una experiencia molesta e incluso dolorosa. Asimismo, a largo plazo aumenta los riesgos cardiovasculares lo cual repercute en la capacidad sexual de las mujeres (Frago & Sáez, 2017).
- El cannabis y sus derivados (marihuana, hachís, etc.) a corto plazo en la medida en que desinhibe puede facilitar el encuentro sexual. Pero, a largo plazo produce la reducción de los ciclos menstruales y la aparición de ciclos menstruales sin ovulación, lo que reduce la fertilidad (Frago & Sáez, 2017). También, su consumo continuado provoca baja lubricación vaginal y suele conducir al desinterés por el sexo (Ibañez, 2016).
- Los opiáceos (heroína, morfina, etc.), disminución del deseo sexual y dificultan el tener un orgasmo. Además, en las mujeres suele producir amenorrea o dismenorrea y otras alteraciones menstruales (Frago & Sáez, 2017).
- La cocaína al ser un estimulante del sistema nervioso facilita la excitación y la respuesta sexual. Sin embargo, tras los momentos de euforia aparecen los de depresión y su uso prolongado puede producir un deterioro del sistema nervioso central que conduce a una disminución importante de la función sexual. Además, el abuso de esta sustancia puede producir amenorrea y otras alteraciones menstruales (Ibañez, 2016).
- Las anfetaminas y drogas de síntesis provocan mayor sensualidad y deseo de contacto físico, aunque, si se produce un consumo abusivo, a largo plazo aparece una disminución del deseo sexual y ausencia de orgasmos (Frago y Sáez, 2017).
- En las mujeres que abusan de los tranquilizantes es frecuente el desinterés por el sexo y disminución del apetito sexual.

8.1. Consumo de drogas y conductas de riesgo en la actividad sexual

El consumo de alcohol y otras drogas tiene en un principio un efecto desinhibidor, causando la pérdida de control, el deterioro del juicio y la capacidad de tomar decisiones acertadas. Esto facilita encuentros sexuales y ciertos comportamientos de riesgo que, de estar en plenas condiciones, se habrían evitado (Jiménez, Puerta, Soto & Soriano, 2014).

Asimismo, estos autores consideran que el uso y abuso de sustancias reduce significativamente las posibilidades de mantener sexo seguro, favoreciendo diferentes prácticas sexuales de riesgo, como son:

- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de protección (sexo sin protección) por desatención u olvido.
- Sexo ocasional con diferentes personas sin protección.
- Relaciones no deseadas o consentidas (abusos o violaciones).
- Embarazos no deseados.

Sánchez (2009) señala que el abuso de alcohol y otras drogas entre los y las adolescentes hace que pierden el control de sus actos en su tiempo de ocio, lo que está contribuyendo a la expansión de las enfermedades de transmisión sexual y de los abortos de menores de edad.

Además, no debemos olvidar que las conductas sexuales siguen unos marcados patrones de género. A pesar de la liberación sexual conseguida por la mayoría de las mujeres, todavía existen unos condicionantes sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades sexuales y que antepongan el amor y la entrega incondicional a los deseos de la pareja, sobre la protección y el cuidado de su propia salud (Artazcoz & Borrell, 2007).

Por otra parte, en lugares de ocio nocturno, zonas de venta de droga o cuando conviven con otros adictos las mujeres se pueden encontrar inmersas en escenarios donde la presión a mantener relaciones sexuales con compañeros consumidores sea más fuerte o vivir situaciones con un riesgo añadido de violencia sexual (Barreda et al., 2005).

A esto se añade que las mujeres con consumo problemático de drogas viven, muchas veces, circunstancias que facilitan la exposición a diferentes riesgos para su salud sexual (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez, & Tubert, 2007):

1. **Los estados de intoxicación y relaciones sexuales.** La ingesta de alcohol excesiva reduce la capacidad autocrítica y la percepción del riesgo, facilitando encuentros sexuales sin preservativo. Su uso posibilita la justificación posterior de conducta que no hubieran sido aceptadas de no estar bajo sus efectos. La reducción de la probabilidad de practicar sexo seguro, aumentando el riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.
2. **Creencias erróneas sobre la etapa fértil en períodos de consumo.** Las alteraciones menstruales derivadas del abuso de cocaína, la amenorrea producida por los opiáceos y el alcohol son interpretados por producir pérdida de la ovulación. Esto refuerza la presencia de conductas de riesgo y, por tanto, la probabilidad de un embarazo no deseado.
3. **La pareja de una mujer drogodependiente suele ser otro drogodependiente.** Entre consumidores de opiáceos, existe una alta prevalencia de infección por VIH que aumenta el riesgo de transmisión en mujeres cuya pareja es un toxicómano. La mayoría de estas personas no utiliza preservativos, especialmente entre quienes tienen pareja estable.
4. **Historia infantil de abusos sexuales.** Un gran porcentaje de mujeres con problemas toxicológicos han sufrido abusos sexuales en su infancia. Una historia de abusos, es un facilitador para volver a ser sometida a situaciones de violencia sexual.
5. **Vulnerabilidad biológica.** Los hombres y las mujeres presentan factores de vulnerabilidad biológica ante la transmisión heterosexual del VIH, observándose que el riesgo de este tipo de transmisión de hombre a mujer es doce veces superior que de mujer a hombre debido a varios factores (Velasco, 2007):
 - El semen posee un mayor potencial infectante que el flujo vaginal porque la concentración vírica en el semen es mayor que en los fluidos vaginales.

- En la mujer la superficie mucosa expuesta al contacto sexual es mayor, resultando más vulnerable. Además, pueden aparecer diminutas roturas en la mucosa vaginal o cervical que facilitan el contacto del virus contenido en el semen del hombre con la sangre de la mujer.
- Las enfermedades de transmisión sexual son facilitadoras de la transmisión del VIH. Además, algunas infecciones en las mujeres cursan asintomáticas y no son tratadas durante mucho tiempo, hacen a las mujeres más vulnerables incrementándose aún más el riesgo de infección al VIH.

8.2. Abuso sexual en la infancia

El abuso sexual en sus diversas formas, incesto, vejación, violación y otras formas de abuso ocurre tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la incidencia y la prevalencia de los abusos sexuales es mayor en las mujeres (Blanco, Palacio, & Sirvent, 2002).

Para Albajes y Plaza (2005) las mujeres que consumen alcohol u otras drogas son estigmatizadas socialmente por desviarse de su rol tradicional de género (cuidadora, ama de casa, etc.). A su vez, son percibidas como personas “pérdidas”, a quienes se les considera sexualmente “disponible”, “promiscuas” y “presa fácil”, por lo que son más vulnerables a sufrir abusos sexuales o situaciones de malos tratos.

Lamentablemente, se puede llegar a responsabilizar a la propia mujer del abuso que ha sufrido, pues en nuestra cultura estos ataques estarían “justificados” socialmente ya que un violador que agrede a una mujer consumidora se le considera menos responsable que a la víctima. Se entiende que la víctima ha sufrido dicho ataque consecuencia de una actitud de riesgo que ella misma ha provocado. Por ejemplo, en una agresión sexual si la víctima se encuentra bajo la influencia del alcohol, la sociedad la señala culpable diciendo cosas como "ella lo provocaría", "es culpa suya, sino hubiera ido borracha no le habría pasado nada" (Albajes & Plaza, 2005).

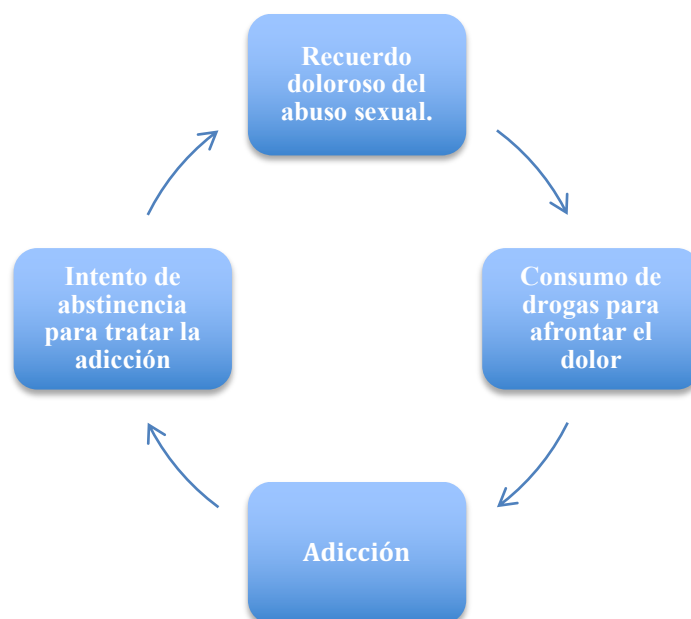
Esto evidencia, según estas autoras una manera de exculpar a los hombres ante el delito que han cometido, ya que encuentran una justificación, o al menos un atenuante, a la hora de juzgar sus actos de abuso. Es decir, su estado de embriaguez puede justificar sus actos, atribuyendo toda la responsabilidad a la sustancia ingerida y no a su propio

comportamiento. Por ejemplo, si en el momento de cometer el hecho el perpetrador estaba bajo la influencia de alcohol u otras drogas, la sociedad tiende a minimizar su responsabilidad con argumentos tales como “no sabía lo que hacía”, “no era él sino el alcohol”, etc.

Diversas investigaciones exponen historias de abusos sexuales u otro tipo de violencia durante la infancia en mujeres drogodependientes. Del 32% al 66% de mujeres que en la actualidad son adictas sufrieron historias de agresiones sexuales durante la niñez (Castaños et al., 2007). En muchos casos, el abuso de drogas es una consecuencia de situaciones de violencia sexual.

Por otra parte, estas mismas autoras explican que las mujeres que han vivido abusos y que no han recibido de sus progenitores una intimidad saludable pueden confundir intimidad con sexo y contacto afectivo con contacto sexual. Por ello, en ciertos momentos mujeres con drogodependencia que se encuentran en situaciones afectivas carenciales (por el rechazo familiar y social, el aislamiento que produce la propia adicción) se acercan al hombre en busca del afecto del que carecen pero éste es interpretado en los códigos masculinos como la búsqueda de una relación coital, dando lugar a que las mujeres se sientan presionadas a mantener una relación sexual que no desean, repitiendo el ciclo traumático (véase Gráfico 6).

Gráfico 6. Ciclo traumático del abuso sexual.



Además, un informe realizado por *National Victim Center* (1992), señaló la existencia de una fuerte relación entre la violencia sexual y el abuso de drogas. Se indicó en dicho estudio que aquellas mujeres que habían sido víctimas de violación, era cinco veces más probable que hubieran consumido drogas con prescripción terapéutica y entre tres y diez veces más probable que hubiera abusado de otras drogas como la cocaína o la marihuana (*National Victim Center*, 1992, citado en Blanco et al., 2002). Otros estudios, también confirman la existencia de una relación entre el abuso sexual infantil y el consumo de drogas y/o alcohol durante la etapa adulta (Blanco et al., 2002).

Así, para estos autores los abusos sexuales son un factor de riesgo que podrían llevar al consumo de alcohol u otras drogas como mecanismos de afrontamiento de ese suceso traumático por el que han pasado o como consecuencia del estigma que llevaría a las víctimas a relacionarse con grupos marginales.

8.3. Drogas y prostitución

Muchas mujeres con problemas de adicciones a las drogas, especialmente a la heroína y a la cocaína, recurren de forma esporádica o sistemática a la prostitución como una forma de financiarse dicho consumo. Así mismo resulta frecuente, que ciertas mujeres intercambien sexo por droga. Es decir, algunas mujeres acceden a mantener relaciones sexuales con individuos que les ofrecen una dosis. Se trata de una forma sutil de prostitución, basada en el intercambio de favores sexuales por drogas. Estas prácticas suponen un mayor riesgo y consecuencias negativas para la salud de las mujeres (Meneses, 2010):

- En las personas con consumos problemáticos de drogas la presencia de enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, etc.) es muy elevada. Esto incrementa el riesgo de transmitir las por vía sexual.
- El ejercicio de la prostitución, en muchas ocasiones, obliga a estas personas a aceptar prácticas sexuales de riesgo con sus clientes, ya que tienen un menor control para negociar la protección en las relaciones sexuales. Consecuencia de ello, estas mujeres están más expuestas a sufrir diversas infecciones.
- Estas mujeres son más vulnerables y su estado de salud es peor.
- Estas personas tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia o agresión.

Blanco et al., (2002) en su informe, también, recogen que la mitad de las mujeres adictas financian su consumo de drogas con la prostitución. Además, encuentran que muchas mujeres a fin de paliar las experiencias asociadas a la prostitución desarrollan un consumo más caótico, mezclando más sustancias. También, hallaron que las mujeres son más vulnerables al riesgo de infección por VIH/Sida, a través de equipos contaminados de inyección o por mantener relaciones sexuales sin protección.

Como bien dice Rekalde y Vilches (2005), no acaba de resolverse si las mujeres empiezan a prostituirse para pagarse la droga o, si se drogan para soportar la dureza de este oficio. Lo que sí está claro, es que el consumo de drogas y la prostitución van de la mano en muchas ocasiones.

En este sentido, en un estudio realizado por De Audikana y Arostegui (2016) se señala que efectivamente existe relación entre el consumo de drogas y la prostitución, que muchas mujeres que comienzan a ejercer la prostitución y conocen en ese contexto el consumo de drogas lo utilizan como herramienta de trabajo o para aguantar el ejercicio de esa actividad.

Meneses (2010), en su estudio encontró que las sustancias psicoactivas más consumidas por este colectivo eran la cocaína, el alcohol y las anfetaminas. La probabilidad de consumo se incrementa cuando el cliente lo demanda, y presenta a cambio ciertos beneficios para las mujeres, como el incremento de los ingresos económicos. Además, según estas mujeres el uso de drogas les permitía conseguir un mayor rendimiento en su trabajo (aguantando más horas), combatir el aburrimiento, soportar las largas horas de espera, quitarse el miedo de entrar en la habitación con el cliente, generar un clima favorable con los clientes o porque lo demandan éstos.

Consecuencia de todo ello, según Meneses (2010), los consumos pueden convertirse en intensivos y compulsivos, siendo la prostitución un contexto de inicio y adquisición de la dependencia a sustancias. A esto se suma, que el uso de diferentes drogas en los contextos de prostitución se ha empleado como un elemento facilitador para la realización de los servicios sexuales y como forma de enfrentar las consecuencias y los sentimientos negativos generados por el ejercicio de la prostitución. Es decir, las repercusiones

psicológicas que genera en las mujeres el ejercicio de la prostitución, lo que puede provocar un incremento del consumo de drogas.

Cantos (2016) afirma que “mujer, drogodependiente y prostituta son tres etiquetas que no hacen sino provocar estigma social y un devastador proceso de exclusión social del que es muy complicado recuperarse” (p.115).

9. LA MATERNIDAD EN LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES

El consumo de diversas sustancias psicoactivas puede generar sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres unos efectos muy negativos, como pueden ser (Barreda et al., 2005):

- La reducción de la fertilidad.
- Disfunciones sexuales y conductas de riesgo.
- Alteraciones del embarazo, repercutiendo negativamente sobre el feto y el recién nacido.
- La transmisión de enfermedades infecciosas.

Los efectos de las drogas sobre la salud reproductiva de la mujer afectan principalmente (Barreda et al., 2005):

9.1. Fertilidad

EFFECTOS DEL ALCOHOL

- Aparición de ciclos menstruales irregulares.
- Ausencia de ovulación.
- Mayor riesgo de sufrir un aborto.
- Aparición de menopausia precoz

EFFECTOS DEL TABACO

- Reducción de la fertilidad, retraso en la concepción e infertilidad.
- Adelanto de la menopausia
- Reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida.
- Mayor dificultad para concebir.

- Mayor riesgo de sufrir un aborto y embarazos ectópicos.

Otros riesgos para las mujeres fumadoras, es que reducen sus posibilidades de concebir entre un 10% y un 40% por ciclo. Esta probabilidad aumenta a medida en qué el número de cigarrillos consumidos son mayores. Además, diversos estudios evidencian que las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las que no fuman. Asimismo, las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales aumentan las posibilidades de sufrir infarto agudo de miocardio. También, aquellas que fuman un paquete a diario durante 20 años tienen un riesgo de menopausia temprana tres veces superior a las no fumadoras (Paris, 2015).

EFFECTOS DEL CANNABIS

- Trastornos menstruales.
- Ciclos sin ovulación.
- Abortos espontáneos
- Embarazos más prolongados.

EFFECTOS DE LA COCAÍNA

- Alteración de los ciclos menstruales.
- Amenorrea (ausencia de menstruación).
- Reducción del número de ciclos ovulatorios.
- Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y lactancia (galactorrea).

EFFECTOS DE LOS OPIÁCEOS

- Disminución de la fertilidad.
- Alteraciones de los ciclos menstruales.
- Ausencia de la menstruación.

9.2. El embarazo

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo implica graves riesgos para el feto y el recién nacido, ya que estas sustancias atraviesan la placenta y pueden llegar también a la leche materna, ejerciendo así su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño que puede ocasionar dependerá de la o las drogas consumidas, la vía utilizada,

la dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el que ocurre la exposición (Pascale, 2010).

Rekalde y Vilches (2005) señalan que en ocasiones la concepción y/o nacimiento del primer hijo les permite a las mujeres con consumos problemáticos reflexionar sobre su situación y la necesidad de buscar tratamiento. Sin embargo, el embarazo puede añadir nuevas complicaciones y cargas a estas mujeres.

Pascale (2010) indica que los hijos de las madres que consumen drogas pesan menos al nacer que los niños de madres que no las consumieron. Además, con más frecuencia presentan malformaciones de diferentes partes del cuerpo, como espina bífida, atresia de esófago, ausencia de ano, rotura de la pared abdominal y, muy posiblemente, defectos cardiovasculares, malformaciones renales y urinarias, etc. Asimismo, el consumo de drogas psicoactivas durante el embarazo provoca problemas como, alto riesgo de aborto y presencia de síndrome de abstinencia en los bebés.

Una investigación sobre los efectos de las drogas, legales e ilegales, en el embarazo de las mujeres mostró, por una parte, un consumo durante la gestación de 41,7% de tabaco, 37% de alcohol, 16,5% de tranquilizantes, 68% de cafeína (más de 400 mg/día), 1,5% de marihuana y 0,4% de cocaína. Por otra parte, las pruebas sobre meconio (las primeras deposiciones del recién nacido) indicaron que el consumo en el embarazo fue de tabaco 51%, alcohol 40%, tranquilizantes 2,5%, marihuana 2%, anfetaminas 8,3%, cocaína 2,5% y opiáceos 0,5% (Magri et al., 2007).

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Las consecuencias negativas de la ingesta de alcohol durante el embarazo suponen un grave riesgo para el feto, incrementando las posibilidades de que los recién nacidos puedan presentar algún tipo de anomalías congénitas. Los recién nacidos pueden presentar (Pascale, 2010):

- Bajo peso al nacer o ser más pequeño para la edad gestacional que pueda tener y crecer menos y más despacio que otros/as niños/as.
- Presentar alteraciones en los rasgos faciales.
- Puede presentar problemas y malformaciones en distintas partes del organismo (en los riñones, en el corazón, en las extremidades, en el tubo digestivo, etc.).

- Retraso mental en distintos grados.
- Hiperactividad.
- Problemas del lenguaje, de adaptación y coordinación.

Pascale (2010) considera que beber alcohol causa diversos problemas en el embarazo, incrementa el riesgo de sufrir un aborto espontáneo, puede presentar alteraciones en la placenta y sufrir sangrados vaginales.

Además, en 2010 este mismo autor indica que el consumo de alcohol, aunque sea en cantidades pequeñas puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, de nacimiento prematuro o de retraso en el crecimiento intrauterino, sobretodo en el primer trimestre de embarazo. También puede ocasionar disfunciones cognitivas, la disminución del coeficiente intelectual de los niños/as y alteraciones en la conducta de los menores.

El consumo excesivo de alcohol, por su parte, incrementa las posibilidades de que el bebé nazca sin vida o incrementa el riesgo de que los bebés nazcan con malformaciones congénitas graves (Pascale, 2010).

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE TABACO

El consumo del tabaco es perjudicial tanto para la madre como para el feto. La nicotina del humo del tabaco atraviesa fácilmente las barreras placentarias, cuando esto acontece interfiere en el suministro de oxígeno al feto, la nicotina se concentra en la sangre fetal, en el líquido amniótico y en la leche materna (Santana Franco, 2015).

Así, el consumo de tabaco durante el embarazo incrementa el riesgo de (Pascale, 2010):

- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Complicaciones durante el embarazo y el parto (ruptura prematura de membranas, complicaciones en la placenta, etc.).
- Nacimientos prematuros.
- Bajo peso de los bebés al nacer.
- El feto sufra daños en el corazón.
- Que los hijos sufran problemas respiratorios.
- Mortalidad previa o inmediatamente posterior al nacimiento del feto.

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE CANNABIS

El consumo habitual de esta sustancia durante el embarazo perjudica el desarrollo del feto ya que atraviesa la placenta y se acumula en la leche. El consumo de esta droga puede generar (Pascale, 2010):

- Reducción del peso del bebé.
- Aparición de trastornos de atención e hiperactividad.
- Partos prematuros.
- Baja respuesta a estímulos, irritabilidad y trastornos del sueño en los recién nacidos.
- A largo plazo se detecta retraso en la habilidad y la memoria verbales.

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

Los psicofármacos, como anteriormente se ha mencionado, son las drogas de mayor prescripción a nivel mundial. En España el consumo de sedantes predomina en mujeres (Pascale, 2010).

Ahora bien, Pascale (2010) señala que los tranquilizantes durante el embarazo atraviesan la barrera placentaria y se distribuyen en los órganos fetales. El consumo de estas sustancias durante el embarazo se asocia a un riesgo elevado de:

- Deformaciones faciales en los recién nacidos y anomalías cerebrales.
- Los hijos/as pueden nacer con dependencia a los mismos o sufrir problemas respiratorios.
- El desarrollo motor de los hijos podría verse afectado.

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE COCAÍNA

El consumo de cocaína en el embarazo trae consigo grandes riesgos como pueden ser (Pascale, 2010):

- Aborto espontáneo.
- Muerte fetal intrauterina o muerte de la madre.
- Prematuridad con inmadurez fetal.
- Menor peso del bebé al nacer.
- Restricción del crecimiento intrauterino.

- Lesiones cerebrales permanentes, déficits cognitivos, hiperactividad, trastorno de personalidad, trastornos del lenguaje y aprendizaje, trastornos del crecimiento y mayor probabilidad que en la vida adulta tengan una mayor predisposición a padecer trastornos neuropsiquiátricos.

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE OPIÁCEOS

Estas sustancias atraviesan la placenta pudiendo generar una intoxicación fetal. En las mujeres consumidoras de opiáceos, los embarazos son considerados de alto riesgo, siendo habitual (Pascale, 2010):

- El recién nacido puede presentar el síndrome de abstinencia en diferentes grados.
- Abortos espontáneos.
- La muerte fetal intrauterina.
- Partos prematuros o con retraso del crecimiento.
- Estos niños pueden presentar el riesgo de transmisión de la infección materna por VIH/ Sida o hepatitis B y hepatitis C.

REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE DROGAS DE SINTESIS

El consumo de estas drogas durante el embarazo se ha relacionado con un mayor riesgo de (Pascale, 2010):

- Partos espontáneos.
- Malformaciones cardíacas y paladar hendido.
- Muerte fetal intrauterina.
- Malformaciones congénitas.

9.3. Maternidad

Calvo (2004), señala que la adicción a las drogas dificulta el correcto ejercicio de la maternidad. El consumo de drogas durante el embarazo y durante la niñez del menor puede afectar negativamente a la capacidad de la madre para responder ante las necesidades físicas, emocionales y a lo largo del desarrollo del menor.

En este sentido, gran parte de las carencias observadas en el desarrollo de los hijos de madres con problemas de adicción a las drogas son atribuidas a: el diagnóstico tardío del

embarazo, desconocimiento de su ritmo menstrual, la creencia de que el consumo las protege del embarazo por la menorrea, y la frecuencia de trastornos menstruales; inadecuado seguimiento del embarazo, las mujeres con consumos problemáticos o trastornos adictivos no siguen unas pautas adecuadas para el cuidado de sus salud, descuidando su alimentación, higiene personal, el cumplimiento de ciertos tratamientos médicos o sigue manteniendo prácticas de riesgo relacionadas con el consumo. Además, la ausencia de contacto con los servicios sanitarios puede hacer que muchas de ellas desconozcan su embarazo hasta varios meses después de haberse producido el mismo (Barreda et al., 2005); el consumo de drogas durante el período pre y post natal, lo cual puede traer graves consecuencias, mencionadas anteriormente, tanto para la madre como para el feto; las precarias condiciones socioeconómicas y sanitarias de las madres; existencia de una escasa vinculación afectiva madre-hijo (Calvo, 2004).

En otras ocasiones, algunas mujeres adictas ocultan el embarazo por miedo a que su condición de drogodependiente pueda suponer la retirada de la guarda o tutela de los hijos que ya tienen o del que están esperando o por temor a la actitud recriminatoria del personal sanitario o, incluso, del propio entorno familiar por mantener el consumo durante el embarazo. Este ocultamiento conlleva a que estas mujeres se priven de un seguimiento y atención sanitaria y social adecuados (Romero & Gómez, 1997).

PARTE III: NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**1. OBSTÁCULOS PARA ACCEDER AL TRATAMIENTO EN LA MUJER DROGODEPENDIENTE**

Se debe partir de que existen barreras para el tratamiento de mujeres drogodependientes, tanto en el acceso como en la continuidad.

Las mujeres tienen, en general, mayores dificultades que los hombres para acceder a los servicios asistenciales y para permanecer en ellos. La mayoría de los obstáculos que se encuentran están relacionados con el modelo de atención que proporcionan los centros o tienen que ver con circunstancias personales, sociales y culturales de éstas.

En este sentido, un informe sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres dependientes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUD, 2004), señala la existencia de numerosos obstáculos que afectan a las mujeres en un grado considerable cuando pretenden acceder al tratamiento:

1.1. Obstáculos inherentes a los sistemas

Aquellos factores sistémicos que dificultan el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres, tales como:

- a) La ausencia de mujeres en las estructuras asistenciales. En la actualidad, todavía hay una escasa presencia de la figura femenina en los cargos y puestos responsables de la formulación de las políticas y la asignación de recursos. Esto puede incrementar las dificultades para que los órganos competentes tomen conciencia de la necesidad de incluir la perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones y de asignar los recursos necesarios para abordar el fenómeno de la mujer adicta.
- b) La escasa sensibilización respecto a las diferencias de género como un elemento determinante de la salud de las personas. Los factores que influyen en el estado de salud de las personas son diversos (aspectos biológicos, educación, ingresos, vivienda, empleo, etc.) y pueden ser determinantes para las diferencias de salud entre los individuos. Por ejemplo, las mujeres suelen tener más dificultades para negociar el uso de prácticas sexuales y de consumo de drogas más seguras.

- c) La falta de conocimientos acerca de las mujeres con problemas de abuso de sustancias y de sus necesidades de tratamiento. Los estudios existentes, tanto en el ámbito internacional como nacional, sobre la prevalencia y los problemas conexos que se derivan del consumo de sustancias por parte de las mujeres no abordan las cuestiones de género.
- d) La ausencia de modelos de tratamiento sensibles a las cuestiones de género. La mayoría de los servicios que tratan las dependencias a sustancias psicotrópicas están diseñados para el colectivo masculino. A esto se añade, que muchos de los modelos de tratamiento se han realizado en Estados Unidos u otros países desarrollados y se necesitan medios para investigar su aplicación a las mujeres que viven en otros contextos políticos y socioculturalmente diferentes.
- e) Existencia de diferencias en la organización y financiación de los servicios sanitarios entre los países en cuanto a ofrecer o no los servicios y tratamientos de abuso de sustancias gratuitamente, esto puede condicionar la adaptabilidad de los modelos de tratamiento basados en pruebas empíricas destinados a las mujeres.
- f) La necesidad de una amplia variedad de servicios asistenciales, superior a la de los hombres. Las mujeres que solicitan someterse a un tratamiento tienen problemas más graves, como son las experiencias traumáticas y problemas de salud mental, más responsabilidades familiares y menos recursos educativos, empleo o ingresos. Además, existe una gran probabilidad que requieran de servicios prenatales, servicios de bienestar infantil, así como a las necesidades prácticas de cuidado de los niños, transporte, alimento y vivienda.

1.2. Obstáculos de tipo estructural

Las políticas y prácticas existentes a nivel de los servicios y programas presentan obstáculos estructurales que afectan específicamente a las mujeres dificultando su acceso al tratamiento:

- a) El cuidado de los hijos. Es sobre ellas que recae mayoritariamente la responsabilidad del cuidado de los hijos careciendo con frecuencia del apoyo de su pareja, de la familia y de programas que garanticen el cuidado de los hijos mientras dure el tratamiento.

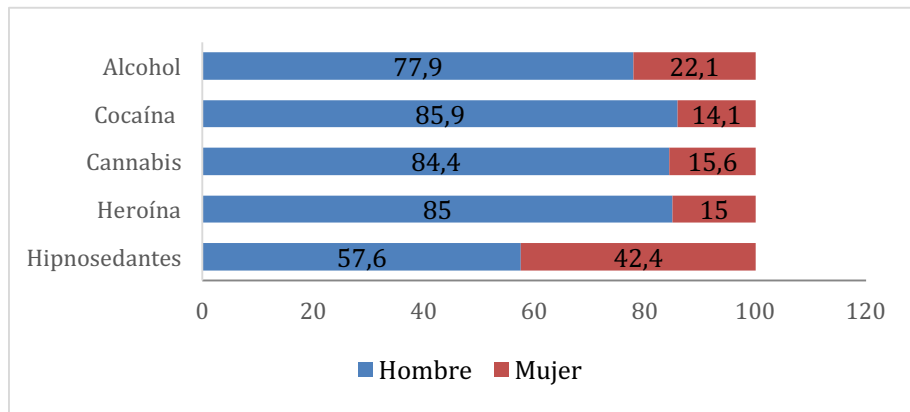
Los programas no ofrecen servicios que respondan a las necesidades sociales y personales de las mujeres. Se puede destacar: la ausencia de servicios de atención a sus hijos (por ejemplo, las guarderías) cuando están en el tratamiento; los programas no les ofrecen una formación sobre la crianza y educación de los hijos.

Esta falta de ayuda para atender a los menores es uno de los factores que más limita el acceso y continuidad de la mujer al tratamiento.

- b) La ausencia de servicios específicos para las mujeres embarazadas. La mayoría de los centros de rehabilitación carecen de servicios eficaces (atención prenatal, tratamiento específico del abuso de sustancia, además de otros servicios sanitarios necesarios) para las embarazadas. Incluso, no se les da prioridad de admisión en dichos servicios.
- c) La existencia de horarios rígidos en los programas asistenciales es incompatible con las responsabilidades familiares y domésticas de las mujeres.
- d) La existencia de listas de espera y la ausencia de una respuesta inmediata. En algunas ocasiones, las mujeres deben esperar más tiempo que los hombres para iniciar el tratamiento. Esto puede condicionar a la mujer, ya que si ve que los servicios no dan una respuesta o muestran su apoyo inmediato, tras el contacto inicial de está, se va replantear buscar más ayuda, llegando a desistir del tratamiento.

Como se puede observar en el Gráfico 7, según los datos obtenidos en el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2015) los casos admitidos a tratamiento son superiores en los hombres que en las mujeres. Estas últimas, tienen una menor prevalencia de admisión en los centros asistenciales.

Gráfico 7. Casos admitidos a tratamiento por consumo problemático de drogas (por sexo y tipo de sustancia). Porcentaje.



Fuente: Basado en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. OEDA, 2015.

- e) Existencia de una falta de detección del problema de drogas en las mujeres, de remisión y de intervención en el sector de la atención primaria. Existen diversas variables que pueden interferir en el reconocimiento de su dependencia a sustancias: la ocultación por parte de las mujeres o la vida social normalizada impide muchas veces que los profesionales identifiquen su problema. Además, para la realización de un diagnóstico no se contemplan las diferencias entre hombres y mujeres, debido a la ausencia de perspectiva de género.

A esto se añade, la influencia de los estereotipos sobre las mujeres con drogodependencias en los profesionales y su “mala” actitud hacia ellas.

Asimismo, los problemas de salud mental pueden ocultar la adicción a las drogas lo cual puede no ser identificado por el personal médico de atención primaria, generando la preinscripción de psicofármacos.

- f) La falta de información sobre las opciones de tratamiento existentes es escasa, tanto por parte de los profesionales como de las mujeres y sus familias.

1.3. Obstáculos sociales, culturales y personales

Las mujeres se encuentran con obstáculos sociales, culturales y personales al acceder al tratamiento de drogodependencias. Esto se debe a las normas culturales y sociales existentes en la sociedad, referentes al papel que debe desempeñar la mujer y el tipo de comportamiento que se considera apropiado; la falta de poder de decisión de la mujer; y

las actitudes y creencias de los ciudadanos respecto a las mujeres con consumos problemáticos.

- a) Las circunstancias de vida desfavorable que padecen. Algunas mujeres tienen escasos recursos, bajos ingresos, comportamientos de alto riesgo para su salud y un estilo de vida precario, para modificar las circunstancias de su vida.
- b) En ocasiones, muchas de ellas manifiestan sentimientos de impotencia, de incapacidad y sienten que han fracasado, lo cual dificulta iniciar el tratamiento.
- c) Mayor estigmatización, vergüenza y culpa. Las mujeres experimentan mayor estigmatización por su adicción a sustancias psicoactivas que el hombre. Consecuencia de ello, es la vergüenza y culpa que sienten las mujeres por esa dependencia y por su fracaso ante las expectativas que la sociedad tiene de ellas. Esto dificulta, que las mujeres reconozcan su problema y pidan ayuda. Estos sentimientos se intensifican en aquellas mujeres que se dedican a la prostitución o que no pueden cuidar de sus hijos adecuadamente.
- d) Temor a perder la custodia de los hijos. Las mujeres embarazadas o que tienen hijos temen revelar su adicción y solicitar tratamiento por miedo a que no se las considere buenas madres o que puedan llegar a perder la custodia de sus hijos.
- e) Ausencia de apoyo de su pareja. Diversas investigaciones muestran que existe una mayor probabilidad en las mujeres que en los hombres de tener una pareja sentimental que consuma sustancias.

Las parejas cuando son drogadictas pueden interferir en el inicio del programa de tratamiento y no prestarle a su pareja el apoyo necesario o, incluso, puede oponerse a que realice el mismo. De modo que, es muy probable que aquellas mujeres con pareja drogodependiente no soliciten tratamiento por miedo a perder la relación (pudiendo existir la denominada bidependencia a la sustancia y a la pareja) (Castaños et al., 2007).

- f) Ausencia de apoyo familiar para realizar el tratamiento. Muchas mujeres con drogodependencias han abandonado sus relaciones familiares, encontrándose aisladas y sin apoyo.

- g) Considerar el consumo de sustancias más como una solución que como un problema. Muchas mujeres se sienten abrumadas por las circunstancias de su vida (como la violencia y el maltrato) y encuentran la salida en el consumo de drogas. Incluso, pueden llegar a auto-medicarse para paliar problemas emocionales o sufrimientos extremos.
- h) Desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres.

1.4. Dificultades para continuar en el tratamiento

En otras ocasiones, las mujeres que inician el programa de tratamiento se encuentran diversos obstáculos que dificultan la continuidad en el mismo, debido a que sus condiciones iniciales y personales son más limitadas en comparación con las de los hombres (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez, & Tubert, 2007):

- a) Los procedimientos de atención y de terapia no están adaptados a las necesidades de las mujeres. En los centros para drogodependencias no se ofrece la posibilidad de una atención individual continuada, ni grupos específicos para mujeres. Esta escasa presencia de grupos solo de mujeres condiciona a éstas de continuar en los centros ya que no se sienten cómodas al relatar sus intimidades delante de los hombres.
- b) Los y las profesionales pueden tener una idea equívoca de que la drogodependencia en las mujeres es más difícil de abordar que en los hombres, proyectado estas expectativas en su intervención. Además, de pensar que las mujeres responden peor al tratamiento (más recaídas y abandonos).
- c) Las mujeres presentan más problemas de salud mental que los hombres lo que requiere de la oferta de servicios asistenciales complementarios (sanitarios y sociales), ya sea desde el propio programa de tratamiento o externos al mismo. Sin embargo, la mayoría de programas carecen de esto y en los centros en los que existe no hay una coordinación ni colaboración entre los servicios.
- d) Las mujeres son más vulnerables que los hombres a la violencia. La violencia no solo puede ser ejercida por parte de sus parejas, sino que en el propio centro de

tratamiento pueden generarse situaciones de acoso por parte de los usuarios varones.

- e) Muchas mujeres que están en tratamiento durante su historia de consumo han sufrido abusos sexuales o agresiones sexuales. Las consecuencias traumáticas que dejan estos sucesos deben ser abordados durante el tratamiento. Sin embargo, esta intervención no siempre es contemplada por los programas de tratamiento de drogodependencias.

2. ¿POR QUÉ LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA MUJER DROGODEPENDIENTE?

La presencia de las mujeres en los centros asistenciales ha sido precaria respecto a la presencia del colectivo masculino. Por tal motivo, la mayor parte de las terapias asistenciales para el tratamiento de las drogodependencias ha sido diseñado pensando en los hombres, lo que ha impedido un adecuado tratamiento para las mujeres con problemas de adicción a las drogas (Blanco et al., 2002).

Consecuencia de ello, como señala Castaños et al., (2007) los problemas que encuentran las mujeres para recuperarse de la dependencia reside en dos tipos de factores: aquellos que están relacionados con el programa de tratamiento y los que tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias mencionadas en los apartados anteriores.

Así, Blanco et al., (2002) indican la necesidad de un tratamiento específico ya que se reduciría el fracaso terapéutico que hoy en día existe en el colectivo femenino. Asimismo, hacen alusión a que para exponer los problemas específicos de ellas la presencia de varones en los en los grupos mixtos dificultaría el abordaje ya que ellas no se sienten cómodas con la presencia de estos y no se atreven a exponerlos. Además, añaden que existe más probabilidad de que si una mujer tiene antecedentes de codependencia existe una mayor probabilidad de que en los grupos mixtos repita dicho comportamiento. También, señalan que las mujeres necesitarían un centro sólo para ellas, ya que éstas se pueden sentir más cómodas y relajadas, pudiéndose acceder a aspectos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representan los grupos mixtos. Las mujeres, por

lo general, tienen mayores dificultades para expresar sus emociones íntimas, delante de personas del otro sexo.

Además, en una encuesta realizada a profesionales por Arostegui y Urbano (2004) se señala que en las mujeres drogodependientes se debe trabajar de forma específica en aspectos como la sexualidad, las emociones y afectos. Además, apuntan la necesidad de trabajar sobre: las habilidades sociales; la feminidad; las estigmatizaciones relacionadas con el sexo y el género (prostitución, maltrato, etc.); el control de impulsos; el embarazo, la lactancia y maternidad; la codependencia y bidependencia; la autoestima y autoimagen; y las relaciones familiares.

Como señala Blanco et al., (2005) la dificultad para lograr un tratamiento específico se encuentra en el desarrollo de los programas de rehabilitación de drogodependencias, porque se han centrado en atender la demanda de una población mayoritariamente de hombres, debido a la desproporción que existe entre los sexos de los solicitantes de estos servicios. Por ello, es fundamental realizar un abordaje de la drogodependencia desde un enfoque de género y diseñar tratamientos específicos para ellas mediante una mayor comprensión e individualización del tratamiento, analizando los factores psicológicos, psicopatológicos, genéticos y sociales por el que consumen drogas.

3. INCLUIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS

La incorporación de la perspectiva de género es imprescindible a la hora de abordar cualquier investigación, intervención o para comprender el consumo o dependencia de las drogas. Las mujeres al sufrir la discriminación de género están en peores condiciones para afrontar estas situaciones problemáticas. Pero, además, su posición en la sociedad puede agravar las consecuencias que traen consigo las adicciones.

La mayoría de los estudios, planteamientos, intervenciones en drogodependencias se han realizado asumiendo que el consumidor, el paciente, la persona a quien va dirigida la prevención y el tratamiento es un hombre. Existiendo así, una tendencia a la invisibilización de la drogodependencia femenina. Al quedar éstas últimas en un segundo plano, los programas se han realizado respondiendo a un perfil que a ellas no les

correspondía, aplicando modelos de intervención que estaban adaptados a la realidad de los hombres (Martínez, 2010).

Además, en el campo de las adicciones las diferencias genéticas, metabólicas y hormonales entre hombres y mujeres junto con las relaciones de género condicionan los diferentes niveles de riesgo, los problemas asociados al consumo y las respuestas de los sistemas de salud y bienestar social ante las adicciones. Así pues, son múltiples las razones (los patrones de consumo diferente, las motivaciones para iniciarse o mantenerse en el consumo no son siempre coincidentes, los factores de protección no influyen de la misma manera en hombres y mujeres, las adicciones siguen un curso y tienen características diferentes, los efectos o consecuencias derivados del uso y abuso de drogas son distintos) que aconsejan abordar la prevención de las drogodependencias desde una perspectiva de género (Bolaños, 2012).

La ausencia de perspectiva de género en el diseño de investigaciones epidemiológicas en el área de las drogas determina que el conocimiento actual en este campo para el establecimiento de políticas efectivas en materia de prevención es muy limitado, en particular en lo referente a (Sánchez, 2009):

- Aquellos factores (de riesgo y protección) o motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de sustancias, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.
- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres frente a los consumos de droga.
- La efectividad y el impacto que los programas de prevención desarrollados en diferentes ámbitos (escolar, familiar, comunitario, etc.) tienen en cada sexo.

Sánchez (2009) considera que la perspectiva de género ayuda a entender las relaciones específicas que los hombres y las mujeres tienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias, permitiendo:

- Conocer como los roles asignados a hombres y mujeres condicionan su diferente exposición a los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas.
- Tener presentes las diferencias y singularidad que tanto el sexo como el género tienen en los patrones de uso de las distintas drogas, en la decisión de iniciar,

mantener o abandonar el consumo de drogas y en los efectos y consecuencias que se derivan de los consumos.

- Eliminar aquellas desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a los servicios y programas preventivos y asistenciales.
- Ajustar las respuestas de carácter preventivo y asistencial a las distintas necesidades de hombres y mujeres con consumos de drogas.

En la práctica, incorporar la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de programas de prevención de las drogodependencias implica (Sánchez, 2009):

- Incluir en los estudios epidemiológicos sobre drogodependencias aquellas variables complementarias al sexo que posibiliten conocer dimensiones sensibles en clave de género, es decir el nivel formativo, ocupación, dependencia emocional, estado emocional, la implicación en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, las relaciones familiares o de pareja, etc.
- Analizar el distinto grado de vulnerabilidad, que tanto hombres como mujeres, tienen frente a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas y en qué medida los modelos de roles de género dominantes en cada grupo (niños/as, adolescente, jóvenes y adultos) condicionan las diferentes repuestas ante los mismos.
- Conocer el distinto tipo de respuesta de hombres y mujeres frente a las distintas estrategias preventivas, con el objetivo de ir generando evidencias que permitan elegir aquellas intervenciones que en cada colectivo se muestran más favorables.
- En los programas de prevención modificar los objetivos y contenidos, incorporando objetivos y actuaciones dirigidas específicamente a chicas y chicos y hombres y mujeres.
- Modificar los conocimientos, actitudes y el lenguaje de los profesionales respecto al género, para que sea inclusivo de las mujeres.

3.1. Aspectos a trabajar por parte de los profesionales

Es muy importante la relación que se establece entre el usuario del tratamiento y el profesional. Los profesionales se ven obligados de generar una confianza suficiente para que se produzca una alianza terapéutica y, así conseguir que el usuario se abra y confíe en ellos, convirtiéndose en aspecto clave para el éxito del programa.

Como dicen Castaños y Palop (2007) “la relación terapéutica es uno de los elementos que sostiene el tratamiento, muy especialmente en el caso de las mujeres. La dimensión relacional es un elemento clave en sus vidas, y también lo es en su recuperación” (p.61).

Por otra parte, en el estudio realizado por Urbano y Arostegui (2004) las mujeres con consumos problemáticos de drogas presentaban un perfil caracterizado por la alta presencia de acontecimientos vitales traumáticos (abusos sexuales, maltrato, violaciones, ejercicio de la prostitución, etc.), de carácter sexual principalmente, previos al consumo o durante esta etapa, los cuales parecen estar relacionados con el inicio del consumo o mantenimiento del mismo. Todos estos episodios han sido mayoritariamente perpetuados por una figura masculina, lo cual hace necesario realizar un trabajo con la identidad femenina, la sexualidad, las figuras masculinas, las formas de vínculos que se establecen con ellas, etc. Por ello, sería adecuado que en un principio fueran tratadas por personas del mismo sexo, ya que en otro estudio (Pantoja, 2007) se obtuvo que las mujeres con estos problemas sienten el acompañamiento de las terapeutas femeninas más cercano y empático, más adecuado a sus necesidades y características femeninas (mayor confianza y capacidad de entendimiento). Esto no significa que las mujeres deseen tener únicamente a otras mujeres como terapeutas, pero si señalan que determinados temas prefieren tratarlos con terapeutas femeninas.

Ahora bien, algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta por parte de los profesionales durante la intervención con mujeres drogodependientes para una mayor probabilidad de éxito en los programas de deshabituación recogidos por Castaños et al., (2007):

- a) INTERVENCIÓN CON MUJERES DROGODEPENDIENTES Y MALTRATADAS. Castaños (2007) señala que “los/las profesionales debemos estar familiarizados/as con las consecuencias de la violencia y entender cómo aquellas se convierten en obstáculos para salir de la situación de violencia y del problema adictivo” (p.157).

Por ello, es imprescindible tener formación en violencia de género para realizar una buena intervención tanto en la prevención, como en la detección y actuación ante estas situaciones por parte de los profesionales. Entre las actuaciones que deben realizar los profesionales destacar:

- Ofrecer apoyo.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento, apoyos y recursos de la mujer.
- Detectar aquellas creencias y valores que facilitan la continuidad del problema.
- Legitimar sus emociones y no culpabilizar.
- Reconocer y abordar con la mujer el tipo de violencia recibida (sexual, psicológica, etc.) y explicarle el ciclo de la violencia.
- Buscar apoyos externos (retomar relaciones, etc.).
- Reconocer y reforzar cualquier cambio, anticipando posibles dificultades.
- Concienciarla sobre la función que tiene el consumo de drogas en su vida, y la manera en que contribuye a soportar la violencia.
- Facilitar la percepción del maltrato con el que viven y desarrollar estrategias que aumenten su seguridad.
- Trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza.

Asimismo, los profesionales deben cuidar minuciosamente las habilidades de escucha, empatía y la actitud de respeto y de credibilidad hacia la mujer que acude en busca de ayuda, sea por su problema de drogodependencia, por su situación de maltrato o por las consecuencias que una, otra o ambas, suponen para ella.

b) INTERVENCIÓN EN LA SALUD SEXUAL DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE. Cuando la mujer se inicia en el mundo de las drogas, su sexualidad puede verse afectada. Además, pueden verse expuestas a situaciones que facilitan un mayor riesgo para su salud sexual. Por ello, es necesario que entre los objetivos terapéuticos se encuentre:

- Disfrutar de la sexualidad
- Recuperar la aceptación de su propio cuerpo.
- Cuestionar aquellos estereotipos de género que influyen en la sexualidad.
- Fomentar una sexualidad segura.
- Aprender a establecer los límites deseados en las relaciones interpersonales y sexuales.
- Ayudar a superar las dificultades en el área sexual.

c) INTERVENCIÓN EN LA MATERNIDAD DE LAS MUJER DROGODEPENDIENTES. La maternidad de la mujer consumidora requiere por parte del profesional una buena prevención para evitar complicaciones durante el embarazo y a posteriori. También, sería conveniente una buena preparación para cuando llegue el hijo, de ahí la importancia de orientarla a recursos que puedan ofrecerla información necesaria y apoyos para afrontar la nueva realidad. Por ello, en los procesos de rehabilitación los profesionales deben:

- Informar sobre la prevención de embarazos no deseados y sobre las motivaciones para ser madres.
- Reflexionar acerca de la presencia de los estereotipos de género en el ejercicio de su maternidad.
- Dotar de la información necesaria para la adecuada educación y bienestar de sus hijos.
- Aportar un espacio de reflexión grupal para pensar y tomar conciencia sobre funciones maternas.
- Ayudar a las mujeres y madres a buscar alternativas satisfactorias para ellas mismas y para sus hijos e hijas.
- Promover la implicación de los padres en el ejercicio de su paternidad.
- Si el cuidado de los hijos ha sido delegado a otros miembros de la familia, trabajar la recuperación de la figura maternal.
- Promover modelos de crianza adecuados y saludables.

d) INTERVENCIÓN EN LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LA MUJER CONSUMIDORA. Las mujeres con drogodependencias suelen atribuir a sus relaciones, sobre todo de pareja, un sentimiento de dependencia que se une a la dependencia a una o varias drogas, originándose así la denominada bidependencia que deberá ser un elemento que debe ser tenido en cuenta por parte de los profesionales en el momento de intervenir.

Además, las mujeres con consumos problemáticos tienden a delegar sus responsabilidades en otros, dejan de asumir su propia vida con autonomía e independencia (por ejemplo, dejando a sus hijos al cuidado de los abuelos).

De modo que entre las actuaciones a realizar por lo profesionales se debe:

- Prevenir las posibles relaciones de dependencia, detectar los factores de riesgo de recaída ligados a las relaciones personales, las dificultades de separación, sentimientos de abandono y de soledad. Ayudar a desarrollar estrategias para su manejo como es el aumento de la tolerancia ante estas situaciones.
- Ayudarla a recuperar su propia identidad, para tomar sus propias decisiones sin verse obstaculizada por las opiniones de los demás.
- Ayudarlas a que aprendan a detectar relaciones tóxicas y dotarlas de un significado más saludable en las relaciones que establezca.
- Valorar y promover el establecimiento de relaciones de amistad entre mujeres.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales.

e) **TRABAJAR EN EL ENTORNO DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE.** Es muy importante trabajar el entorno de la mujer consumidora ya que éstas suelen contar con menor apoyo que los hombres cuando inician su proceso de tratamiento. La familia es un recurso fundamental en el proceso de rehabilitación. Es necesario abordar los posibles prejuicios y comportamientos contraproducentes, facilitando la comprensión del problema, convirtiéndola en un punto fuerte de apoyo.

Entre los objetivos que deben tener en cuenta los profesionales se debe señalar:

- Dotar a la mujer de más apoyos familiares y sociales. Es necesario para establecer la relación de ayuda y trabajar para que las mujeres consumidoras y sus familias logren beneficios durante el tratamiento.
- Facilitar la comunicación familiar, buscando reforzar los vínculos. Las familias de mujeres con drogodependencia evitan hablar del problema para no dar visibilidad al mismo, por las mayores connotaciones negativas que se asocia a la mujer con consumos problemáticos de drogas.
- Informar y facilitar la comprensión de las drogodependencias y los estereotipos sociales existentes, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos que afectan a las mujeres especialmente.
- Identificar y prevenir las pautas de interacción que provocan la exclusión de la mujer de la familia de origen.

f) TRABAJAR LA AUTOESTIMA EN LAS MUJERES CON DROGODEPENDENCIAS. El proceso adictivo repercute de forma negativa sobre la autoestima de hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres con drogodependencias cuando acuden a tratamiento suelen tener menos autoestima que los hombres.

Castaños et al., (2007) señalan que “cada mujer habrá vivido situaciones diferentes, pero también la experiencia terapéutica puede ser un nuevo espacio que permita, en el vínculo con los y las profesionales, aumentar su autovaloración y aprecio personal” (p.115).

En 2005, el Instituto de la Mujer en su publicación “Los Grupos de Mujeres. Metodología y Contenido para el Trabajo Grupal de la Autoestima” establece cuatro pasos para el desarrollo de la autoestima:

1. AUTOCONOCIMIENTO: ayudar a la mujer drogodependiente a conocerse mejor. Es decir, a tener conciencia sobre qué es lo que piensa de ella misma y qué muestra a los y las demás, cómo habla sobre ella, que destaca y que oculta. Saber identificar pensamientos, creencias, sentimientos, necesidades, etc.
2. AUTOACEPTACIÓN: asumir que lo que piensan, sienten y hacen es parte de ellas.
3. AUTOAFIRMACIÓN: aprender a comunicar de forma clara y segura nuestras necesidades, deseos y sentimientos a otras personas.
4. AUTORRESPONSABILIZACIÓN: ser responsables de sí mismas, de su salud, de su tiempo, de su trabajo, etc., de su bienestar.

En definitiva, trabajar la autoestima de la mujer drogodependiente supone empoderarlas para que éstas puedan comunicar sus necesidades, deseos y sentimientos de forma clara y segura, establecer límites en sus relaciones, pedir ayuda de forma explícita y que discrepen sobre aquello que considere que no está bien.

PARTE IV: RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

A continuación, se va a presentar la información extraída de las entrevistas realizadas que irán avaladas por comentarios textuales de las personas expertas. En general, a grandes rasgos estos expertos están de acuerdo:

En cuanto a la existencia de diferencias entre hombres y mujeres todos los profesionales consideraron que, si existen, añadiendo que a las mujeres les afecta la sustancia de manera diferente, tanto desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

“...los efectos de casi todas las drogas tienen un impacto mucho más negativo en el ámbito fisiológico, biológico de las mujeres”.

“Emocionalmente, las mujeres con consumos problemáticos suelen estar más rotas que los hombres. Cuando vienen a rehabilitación vienen solas, destruidas y sobre ellas pesa un mayor estigma social”.

También señalan que el consumo de drogas está aumentando en el colectivo femenino, equiparándose los consumos en los más adolescentes, en ámbitos de ocio.

“...en general sí, en los adolescentes se está empezando a igualar el consumo...”.

“... en esta asociación hay un 65% de hombres con problemas de alcohol y un 45% de mujeres y antes estas últimas no llegaban ni al 10%”.

Según la valoración de estos profesionales existen motivaciones diferentes en hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de sustancias. En las mujeres más jóvenes, el iniciarse en el consumo se debe a la curiosidad, el deseo de probar, etc. Mientras, que las mujeres más adultas lo hacen para solventar diversos conflictos (maltrato por parte de la pareja, divorcio, prostitución, la soledad, etc.) y utilizan la sustancia como una salida ante dicha situación.

“... las mujeres consumen por motivos muy diferentes a los hombres”.

“...las mujeres adultas que se inician en el consumo lo hacen por razones más complejas (separación, maltrato, prostitución, etc.) y ven el consumo como una salida para afrontar su situación”.

Estos profesionales coinciden en afirmar que el consumo de drogas por parte de las mujeres está más oculto, es decir, ellas suelen mantener las prácticas de consumos en la esfera privada y suelen emplear mayoritariamente en su consumo las denominadas drogas legales (psicofármacos, alcohol, tabaco).

“...históricamente las mujeres han tenido más problemas por consumo de drogas denominadas legales que de las ilegales...”.

“...el alcoholismo del varón era público en cambio el alcoholismo de la mujer era más desconocido, privado...”.

“Históricamente, tanto el alcohol como en otras drogas la mujer ha hecho un consumo más privado y más medicado. Entonces, como han hecho un consumo más escondido han pasado muchos años, más que en el caso de los hombres y, claro, se han hecho mucho más daño interiormente”.

La mayoría de los profesionales coinciden al afirmar que las mujeres con consumos problemáticos sufren un mayor estigma, reproche y rechazo social que los hombres consumidores. La sociedad sigue viendo muy diferente el consumo de drogas masculino que el femenino, el consumo de los varones se acepta tanto por parte de la familia como la sociedad. En cambio, el consumo por parte de las mujeres está muy castigado socialmente y por parte del entorno (familia). Sobre las mujeres recae un doble estigma, por razón de género (por el hecho de ser mujer) y por el consumo de drogas.

“...las mujeres con problemas de adicciones se las tacha de malas madres, de sucias, de fáciles, viciosa, todo lo que se dice es peyorativo. Sobre las mujeres existe una mayor estigmatización y reproche social que en el hombre consumidor. Si un hombre consume no esta tan mal visto, pero si una mujer lo hace es una sucia...”.

“...estamos en una sociedad patriarcal no igualitaria, desde ahí se le ha asignado a la mujer una serie de valores que tiene que cumplir como son lo de cuidadora, responsable, etc., entonces hacer determinados consumos puede que no cumpla los roles que se espera de ella, de ahí ese reproche”.

En cuanto a la existencia de una mayor vulnerabilidad, en las mujeres con problemas de adicción, de sufrir violencia física, psicológica o sexual los expertos indican que cualquier tipo de violencia puede ser un detonante para que las mujeres se inicien en el consumo. Además, señalan que las mujeres que consumen suelen ser vistas como una “presa fácil” y se duda de la moralidad de éstas.

“...las mujeres que acuden a rehabilitación muchas de ellas han sufrido malos tratos en la infancia, cuando han estado en activo, en la pareja. Se observa un elevado porcentaje de mujeres con maltrato, con abuso sexual, etc.”.

“...fíjate la cantidad de mujeres que tratamos aquí que tienen antecedentes de abuso, violencia de género es altísima, te estoy hablando del 70%. Muchas de ellas consumen como respuesta auto-terapéutica paliativa a través del consumo”.

Según la valoración de estos profesionales algunas mujeres con problemas de adicción a las drogas se inician a la prostitución para poder pagar las sustancias (suya o suya y de su pareja), otras se inician cuando están dentro de ese trabajo para sobrellevar todo lo que conlleva ese trabajo (muchas horas de espera, muchos hombres, etc.).

“El cuerpo de las mujeres es el objeto de reproducción y patrimonio de los varones... la mujer puede conseguir drogas para ellas y para sus parejas en muchos casos, porque en muchas ocasiones es la pareja el que actúa como proxeneta, y entonces yo creo que muchas mujeres se dedican y se han dedicado a la prostitución, no como dedicación en sí, pero es una vía de logro de sustancias”.

“...cuando una mujer se prostituye para pagar su consumo, una serie de circunstancias la han llevado y es incapaz de salir de allí. Generalmente, cuando ocurre esa situación en la que una mujer está metida en la prostitución, el cómo se encuentra esa persona es muy dura y a veces consume alcohol, psicofármacos, cocaína, etc., para poder afrontar el día a día”.

Los expertos coinciden en indicar que las mujeres con adicciones se encuentran con dificultades para dejar la drogodependencia y la principal dificultad es la pareja. Además, las mujeres cuando se quieren iniciar en el tratamiento no tienen el apoyo de su pareja,

de su familia, llegan solas, cuentan con menos apoyo social, en cambio los hombres lo hacen habitualmente acompañado por la propia pareja o por algún otro familiar.

“... las mujeres tienen miedo de perder a su pareja consumidora si se inician en el tratamiento. Imagínate 2/3 de las mujeres se marchan de la rehabilitación por ese tema, por la presión que tienen en casa”.

“...yo diría que es sobre todo el tema de la pareja el que va a ejercer la influencia más clara, mientras tenga una pareja que siga consumiendo no van a dejar el consumo”.

En general, los profesionales señalan que sigue existiendo poca demanda de tratamiento por parte de las mujeres debido al estigma, al reproche social, al aislamiento que sufren, al miedo, a la vergüenza que sienten.

“...las mujeres demandan menos tratamiento que los hombres y en eso tiene una gran influencia que tiene el estigma sobre ellas. Es decir, existe una doble estigmatización por el hecho de ser mujer y por ser consumidora...”.

En cuanto a las dificultades que se encuentran las mujeres para iniciar un tratamiento estos señalan que existen una serie de barreras para iniciarse, mantenerse y finalizar el tratamiento. Primero, el tema de los hijos, las mujeres no encuentran un apoyo con quien dejar a sus hijos (¿con quién los dejo?). Segundo, el trabajo y las responsabilidades de casa, de la familia que no se comparten con el hombre. Además, de las cuestiones personales (miedo, vergüenza, etc.), culturales (los mandatos de género que te han sido asignados), sociales (estigma), etc.

“... ¿con quién yo dejo a mis hijos? no hay en este momento muchas alternativas terapéuticas en ese sentido, no todas las alternativas permiten ir a la comunidad terapéutica con los hijos”.

“Además, las mujeres asumen que tienen más obligaciones que los hombres, de modo que si tienen cargas familiares como son los hijos les es más difícil acceder al

tratamiento. Los hombres por lo general no llegan con la presión que llegan las mujeres pues los hijos, por ejemplo, los tienen las madres de los hijos o las abuelas”.

“Entonces, las mujeres se sienten juzgadas, se sienten estigmatizadas y creen que allí en los centros van a seguir siendo señas... entre que ellas a veces han decidido no ir por miedo, por no ser identificadas, el tema de los hijos, etc., pues eso son unas barreras que han supuesto unas dificultades para iniciar el tratamiento. Pero, luego, una vez dentro hay un problema por parte de los recursos que no están adaptados a las necesidades”.

Estos expertos coincidían en que los programas de rehabilitación están diseñados desde una perspectiva masculinizada. Los programas de deshabituación están pensados sobre todo para los hombres porque tradicionalmente ellos han sido los usuarios mayoritarios. Esto ha generado que no se tenga en cuenta las peculiaridades de las mujeres y que se apliquen los mismos mecanismos de intervención que se hace con ellos. Esto genera que la mayoría de los programas fracasen con las mujeres y, consecuencia de ello, abandonen el mismo.

“...los recursos se han diseñado en función de lo que se sabe entorno a los hombres, no se ha estudiado que es lo que sucede con las mujeres drogodependientes...”.

“...lo que se ha sabido de la drogodependencia masculina se ha extendido a las mujeres como si fuera un apéndice o en todo caso la excepción...”

“...se ha comprobado que cuando las mujeres están solas y tienen grupos específicos de mujeres sacan otros temas para trabajar. Entonces mientras no se plantee que eso es así y que hay una realidad diferente se sigue trabajando como se ha trabajado siempre”.

Sobre la necesidad de realizar un tratamiento específico y diferencial del de los hombres existen discrepancias entre los profesionales. En lo que sí coinciden todos los entrevistados es en la necesidad de tratar temas específicos separadamente, es decir consideran necesario trabajar de forma específica todo el tema de la autoestima, la

sexualidad, el embarazo, la construcción de la identidad y todos aquellos acontecimientos traumáticos.

“Lo que sí está claro es que se debe atender de manera específica determinadas cuestiones como son la prostitución, la violencia, los abusos, el maltrato, la sexualidad, etc.”.

Una de las personas entrevistadas considera necesario la elaboración de un tratamiento específico para ellas en el que se trabaje todas las peculiaridades que tiene (la maternidad, la sexualidad, todo lo que tenga que ver con la imagen corporal, violencia, prostitución, autoestima, autoeficacia, apoyo, etc.).

“Yo personalmente si apuesto porque tenga que haber un tratamiento específico. Primero, tiene que haber una formación por parte de los y las profesionales y yo personalmente pienso que tienen que existir espacios integrados solamente con mujeres que inicialmente estén gestionados por terapeutas mujeres”.

“Es evidente que las diferencias de género existen, no se puede negar una realidad, y en los tratamientos hay que tener en cuenta esas diferencias. Hoy en día, los recursos que hay para las mujeres son menores que los de los hombres, incluso muchos de los recursos son sólo para ellos. Las mujeres lo tienen más complicado en todos los sentidos”.

Otros profesionales, consideran que dentro del tratamiento mixto debe haber espacios para trabajar los temas específicos para ellas pero que en general deben ser grupos mixtos.

“Yo creo que no es tanto separarlo, es decir hay una parte que va a ser común pero luego hay que responder a las peculiaridades de la persona que tienes enfrente. No tanto es separar, hay diferentes terapias que en un porcentaje van a coincidir, pero luego es responder a las peculiaridades que pueda tener la mujer en determinadas cuestiones”.

Además, es necesario mencionar que dos de las entrevistadas, Elisabete Arostegui y Lurdes Ortigosa, aluden a la necesidad de que en la iniciación del tratamiento las mujeres

que solicitan tratamiento sean tratadas por profesionales del mismo sexo, lo que no significa que no puedan ser tratadas por hombres, siempre y cuando, éstos estén formados en perspectiva de género.

“Primero, tiene que haber una formación por parte de los y las profesionales y yo personalmente pienso que tienen que existir espacios integrados solamente con mujeres que inicialmente estén gestionados por terapeutas mujeres”.

“...en esta asociación nos ha funcionado, no quita para que un hombre atiende a una mujer, siempre y cuando, haya trabajado perspectiva de género y tenga en cuenta todas las cuestiones específicas que ello conlleva”.

En cuanto a la opinión de los profesionales entrevistados respecto a si consideran necesario incorporar la perspectiva de género en el tratamiento, la respuesta es unánime.

“Es una cuestión de derechos humanos porque en la medida en que yo en mi recurso no doy la respuesta más adecuada a las personas que vienen o en la medida en que mi recurso o formación supone un obstáculo para que venga una parte de la sociedad estoy limitando su acceso a la salud con lo cual no tener perspectiva de género en el tratamiento reduce oportunidades de salud, estaríamos hablando de una cuestión de derechos, derecho a la salud”.

A diferencia de lo que he leído en la revisión bibliográfica los entrevistados Xabier Arana, Yolanda Anguera y Lurdes Ortigosa no están de acuerdo en separar los tratamientos de hombres y mujeres ya que consideran que una parte es común en ambos y que otra si debe ser tratada separadamente, en cualquier caso. Es decir, tratar separadamente las peculiaridades que puedan tener las mujeres y los hombres en determinadas cuestiones, debiendo responder a las peculiaridades de las personas que se tienen enfrente independientemente del género.

“Pero, Xabier he leído en diferentes estudios que cuando están en terapias de grupos mixtos las mujeres, como en esas terapias hay mayoría de hombres, les cuesta más expresar las situaciones por las que han pasado, se sienten más incómodas, incomprendidas, estigmatizadas, rechazadas, etc., ¿Entonces eso no sería un

hándicap para realizar un tratamiento adecuado y eficaz?” “Si, cuesta más, es más complicado, pero desde los programas terapéuticos tienen que ver los pros y contras... pero hay que ver si es positivo o no hacer grupos mixtos. No cabe duda, que en algunos momentos un desequilibrio entre hombres y mujeres no puede ser lo más oportuno”.

En definitiva, atendiendo a las consideraciones de estos expertos en el campo de las drogodependencias, a grandes rasgos, están de acuerdo con las cuestiones que se han planteado en la revisión bibliográfica, señalando que existen numerosas diferencias entre hombres y mujeres con consumos problemáticos. Además, aluden la necesidad de intervenir de forma diferenciada, en cualquier caso. Sin embargo, estos profesionales difieren en la necesidad de realizar un tratamiento específico para ellas, argumentando que no se debe separar el tratamiento, sino que dentro del tratamiento mixto se debe responder a las peculiaridades específicas de las personas que solicitan ayuda. También, señalan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos y, sobre todo en el campo de las drogodependencias, para que la prevención e intervención sean eficaces.

PARTE V: CONCLUSIONES

A continuación, se expondrán las conclusiones finales del presente trabajo, así como las limitaciones y las posibilidades de profundización en la temática en estudio.

La drogodependencia sigue siendo una problemática con predominio de los hombres, lo que origina que la intervención se adapte mayoritariamente a este colectivo. Esto se debe no sólo a la escasa presencia de mujeres toxicómanas en los recursos de drogodependencia, sino también por factores como la invisibilidad del consumo en mujeres por tratarse de drogas más aceptadas socialmente, por la exclusión social y la falta de apoyo familiar a la que se ven sometidas en mayor medida que los hombres cuando el consumo se hace manifiesto.

Las mujeres, a lo largo de la historia, han consumido menos drogas ilegales que los hombres, excepto en los hipnosedantes, siendo la mujer quien duplica el consumo de estos últimos. Actualmente sigue siendo así, pero se está empezando a observar el aumento del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en mujeres, e incluso se invierte la relación en algunos grupos de edad (sobre todo en las escolares), debido a la normalización de las drogas.

La edad de inicio del consumo en las mujeres oscila entre los 13 y 16 años según el tipo de drogas. Las drogas más tempranas que se empiezan a consumir son el alcohol y el tabaco seguido del cannabis y demás drogas ilegales. El consumo más tardío son los hipnosedantes (35 años). Además, en el inicio del consumo los aspectos que marcan una diferencia de perfiles, entre ambos sexos, son de carácter circunstancial, es decir las mujeres mayoritariamente consumen para evadir de la realidad, y los hombres por curiosidad.

En lo que se refiere a los trastornos psiquiátricos y psicológicos que presentan los hombres y las mujeres con consumos problemáticos suelen ser diferentes, los hombres mayoritariamente presentan trastornos de la personalidad y psicosis y las mujeres trastornos asociados al estado de ánimo, generalmente, ansiedad y depresión y trastornos de estrés postraumático.

En cuanto a las motivaciones para iniciarse en el consumo de sustancias, las mujeres jóvenes responden a diferentes incentivos como son el sentirse adulta, problemas emocionales, la pérdida de peso, el deseo de probar algo nuevo, sentir nuevas sensaciones. Sin embargo, en las mujeres adultas, se asocia a pasar por momentos de cambio personal dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos de casa, la pérdida de algún ser querido, las situaciones de separación o divorcio, sentimientos de soledad, pérdida de salud, dejar de trabajar, necesidad de establecer nuevas relaciones, etc.

También, las mujeres presentan una inestabilidad emocional mayor al de los hombres. La pareja, en muchas ocasiones, es la causa del inicio del consumo de las mujeres. Esto se debe a que las mujeres presentan bidependencia (dependencia de algo o alguien añadido al deseo de consumir) teniendo la necesidad de sentirse “apoyadas” o “queridas” por alguien, en muchas ocasiones porque la falta de apoyo familiar ha sido nula o escasa. Sin embargo, los hombres inician el consumo de drogas por la curiosidad y la personalidad (timidez, incapacidad de relación social, etc.).

Las mujeres se ven algo más afectadas que los hombres ante la mayoría de los factores de riesgo de carácter familiar (consumen para eludir de un entorno familiar conflictivo), de gran influencia son los estados de ánimo (pérdida de confianza en sí misma y la sensación de no poder superar sus dificultades) y los aspectos emocionales y afectivos (estrés, soledad, ansiedad). También son especialmente vulnerables ante las condiciones de trabajo negativas (insatisfacción con el trabajo que realizan, jornadas muy prolongadas, etc.) y el continuo esfuerzo por conseguir la igualdad entre ambos sexos. Asimismo, los factores de protección que más influyen en las mujeres son la familia, mayor percepción de riesgo asociado al consumo y dan mayor valor a su salud.

Se ha podido constatar que existe una vinculación entre la violencia de género y el consumo de drogas. Por un lado, los hombres que tienen consumos problemáticos tienden a maltratar (física, psicológica o sexualmente) a sus parejas. Por otro lado, las situaciones de maltrato son un factor de riesgo para las mujeres ya que éstas tienden a iniciarse en el consumo para soportar y afrontar dicha situación de maltrato.

La sexualidad y la maternidad de la mujer toxicómana se ven perjudicados, porque el consumo de drogas las aparta de atender estos aspectos de su vida, al estar expuestas a

mayores prácticas sexuales de riesgo y al no cumplir el ideal de madre que se espera de ella. Las mujeres embarazadas se exponen a una mayor exclusión social debido al rechazo social y de su entorno por no asumir el rol que se le han asignado. Además, a este rechazo y aislamiento también están expuestas aquellas mujeres con adicciones que trabajan en la prostitución.

Respecto a las entrevistas realizadas, los profesionales aluden a que existen diferencias entre hombres y mujeres y que se debe responder a las necesidades específicas de cada persona independientemente del sexo sin la necesidad de separar los tratamientos. Además, inciden en la obligación de incluir la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias.

Ahora bien, existen pocos estudios que analizan la relación entre el género y las adicciones lo cual ha contribuido a originar un sesgo en el diseño y aproximación a las drogodependencias. Las singularidades de las adicciones en la mujer no han sido tenidas en cuenta en el abordaje de este fenómeno. De ahí que existan diversos problemas en el tratamiento terapéutico con las mujeres ya que lo habitual ha sido estudiar las poblaciones mixtas en las que predominan los hombres. Incluso, los datos de las últimas memorias del Plan Nacional de Drogas y del Observatorio Europeo de la Droga, el resultado es la difusión de un perfil del adicto que se corresponde mayoritariamente con el del sexo masculino.

A esto se añade que, durante la búsqueda de datos relacionados con el consumo de drogas por parte de las mujeres, ha sido difícil encontrar datos desagregados por sexo. Existen muy pocos estudios que hayan evaluado las diferencias de género de manera global, estandarizada y con muestras amplias de usuarios que consuman sustancias nocivas. Todo ello dificulta planificar intervenciones con perspectiva de género ya que sin esta premisa que evidencia las diferencias entre hombres y mujeres es muy complicado.

Del mismo modo, debido a la ausencia de enfoque de género en la investigación realizada hasta la fecha referente a la identificación de los factores de riesgo y protección asociados al uso de drogas hace que la mayor parte de la evidencia disponible esté referida a los varones. Esto limita conocer en profundidad los factores de riesgo y de protección que están implicados en el consumo de drogas por parte de las mujeres. Además, debido a las

múltiples dificultades que se encuentran las mujeres para acceder y mantenerse en los tratamientos, pueden generar que la cifra de mujeres con problemas de adicción que se conoce hasta ahora sea mayor a la que se estima en los datos existentes, probablemente exista una elevada cifra negra.

Actualmente, existen muy pocos programas específicos para mujeres ya que se han centrado en atender la demanda de una población mayoritariamente de hombres. Además, otra de las causas principales que ha llevado a que haya pocos tratamientos específicos para mujeres es que las personas que planifican o desarrollan los servicios de atención a drogodependientes no conocen las necesidades específicas de la mujer, se centran en la sustancia más que en las características de los usuarios consumidores, unido esto a la escasa investigación de las repercusiones de las drogas en las mujeres. Ello ha generado que las mujeres con drogodependencias tengan menos probabilidades de éxito de tratamiento (más recaídas y abandonos) debido a que los recursos y programas existentes hasta ahora no se adaptan a las necesidades de ellas, la eficacia de las intervenciones terapéuticas queda muy limitada al no contemplarse los aspectos diferenciales de género, además de las presiones sufridas por parte de su entorno y de la sociedad.

Como se ha visto a lo largo del trabajo, es evidente la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el campo de las drogodependencias (en la investigación, planificación, intervención, etc.) teniendo en cuenta diferentes factores como las diferencias en el consumo, en las motivaciones, el impacto de las drogas en las mujeres con consumos problemáticos respecto a las de los hombres. Tener en cuenta estos aspectos, podrían llegar a ser determinantes en el éxito del tratamiento de rehabilitación. Los hombres y las mujeres son susceptibles de ser adictos, pero existen diferencias y similitudes entre ambos, por ello se debe tener en consideración los aspectos de vulnerabilidad personal y social que afectan de forma diferente a unos y a otros, no se puede tratar de forma igual ni hacer generalizaciones ni emplear instrumentos estandarizados para facilitar la intervención de dos realidades diferentes como son las del hombre y la mujer.

Por consiguiente, a partir de las diferencias se puede crear un programa terapéutico específico para las mujeres ya que los programas existentes presentan un grave déficit en

su diseño ya que consideran que la población es homogénea y que está expuesta a los mismos factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas, ofertando, en consecuencia, las mismas respuestas para grupos poblacionales que presentan distintas necesidades y que responden de forma diferente a las estrategias preventivas que se vienen aplicando para la prevención del consumo de drogas. Un tratamiento específico para las mujeres implica avanzar en el desarrollo e intervención en drogodependencias, rechazar “el todo vale para todos”. No se trata únicamente de los resultados eficaces que se pueden obtener sino también de reconocer el derecho del paciente, en este caso, a recibir un tratamiento digno y adecuado a lo que el conocimiento científico ha permitido conocer y que se ha recogido a lo largo del marco teórico. Es necesario incidir o profundizar más en las problemáticas personales de las mujeres, ya que son un agravante para el consumo.

En suma, habría que emplear un modelo más holístico para poder abordar la problemática de las drogas, teniendo en cuenta la salud, sexo, situación económica, entorno social, familiar, condiciones médicas y biológicas, etc., para poder diseñar los programas de prevención diferenciados según el sexo (tratamientos específicos).

En consecuencia, es fundamental realizar una intervención con perspectiva de género, con el objetivo de evitar un sesgo de género en la actuación, deben tenerse en cuenta los diferentes factores que están en el origen del problema y las diferencias en el medio social donde han de reintegrarse posteriormente las personas drogodependientes, adaptando la intervención y los recursos a las necesidades y características diferenciales de cada persona drogodependiente, sea hombre o mujer. Por ello, se debe abordar este fenómeno de forma integral, realizando una mayor individualización en los tratamientos, con planes de trabajo más adaptados a cada persona. Asimismo, es fundamental que se impulse a los profesionales del ámbito de la drogodependencia a formarse específicamente en género, además de realizar investigaciones centradas en la drogodependencia desde una perspectiva de género.

Incorporar la perspectiva de género es un elemento necesario para que la calidad de las intervenciones a desarrollar tanto en el ámbito preventivo como asistencial sea eficaz. Además, supondría ampliar el conocimiento que se tiene actualmente sobre las drogodependencias, incluyendo todos aquellos aspectos que dan cuenta de las diferencias

y las desigualdades entre hombres y mujeres. Es imprescindible que la información referente a esta cuestión este desagregada por sexo (edad de inicio de consumo, nivel educativo, ocupación, presencia de hijos, etc.). Además, junto con esta información es importante conocer cuáles son las motivaciones, deseos, preocupaciones y vivencias de mujeres y hombres, así como investigar sobre los diferentes factores de riesgo y de protección. Asimismo, conocer todos aquellos problemas específicos de la mujer (maltrato, maternidad, sexualidad, etc.) que se han ido mencionando a lo largo del trabajo.

En este sentido, sería conveniente que el Estado adopte y cumpla, es una exigencia legal y de derechos, la aplicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que establece que las políticas, estrategias y programas de salud integran en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente, bajo la óptica del principio de igualdad y la perspectiva de género.

Del mismo modo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1979) recomienda a los Estado la necesidad de adoptar e implantar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica. Es evidente, que no tener perspectiva de género en el tratamiento de drogodependencias reduce oportunidades de salud.

Para concluir, incorporar la perspectiva de género es la única forma de valorar realmente la situación de las mujeres en un entorno social donde se encuentran estructuralmente discriminadas en función de su género y es la única forma de realizar una intervención completa, real, y justa hacia las mujeres por el hecho de serlo. También, es necesario señalar que la categoría género no es un instrumento ‘de y para’ las mujeres. Analizar las condiciones de vida de las mujeres necesariamente también implica estudiar la realidad de los varones y las complejas relaciones que se desarrollan entre ellos.

PARTE VI: INFORME EJECUTIVO

1. Resumen del trabajo

Se tiene constancia de que el consumo de drogas ha estado siempre presente en nuestra sociedad, pero en las últimas décadas ha cambiado su papel y sus consumidores. Las sustancias adictivas, tanto legales como ilegales, han sido consumidas mayoritariamente por los hombres. Sin embargo, a finales del siglo XX hasta la actualidad se ha observado un preocupante aumento del consumo entre las mujeres. La inminente incorporación de la mujer a la vida pública, su inclusión en el trabajo remunerado, sus logros, traen vinculado el riesgo de iniciar el uso del alcohol, el tabaco, de drogas ilegales y de uso médico.

Durante décadas, las ciencias sociales en sus respectivas investigaciones sobre el uso y el abuso de las drogas han obviado las diferencias de género existentes en los datos y los análisis, originándose una infra-valoración de las mujeres y sus circunstancias y, por ello, una visión parcial, insuficiente y poco comprensiva en esta área de conocimiento.

Los principales problemas que nos encontramos cuando hablamos de las adicciones en la mujer es la gran escasez de datos que existen. Esto se debe a la falta de estudios sistemáticos sobre mujeres en todas las áreas de investigación, así como en el área de adicciones y, del mismo modo, en el caso de las mujeres, intervienen también otros factores relacionados con la incompreensión sobre el tema de la adicción y las expectativas sociales que pesan sobre ellas. Esto ha originado que no se las haya tenido en consideración a la hora de elaborar y poner en marcha servicios y estrategias de prevención y atención del abuso de drogas.

Consecuencia de ello, los centros de atención a las adicciones están mejor condicionados a las necesidades de los hombres. La presencia de los mismos en estos establecimientos es mayoritaria, los protocolos de atención están diseñados para responder a las características de ellos, los casos de mujeres con problemas de consumo se entienden en múltiples ocasiones como excepcionales y singulares o, en muchas ocasiones, las mujeres se sienten fuera de lugar al estar en un espacio terapéutico diseñado para hombres. Esto genera que las mujeres tengan más dificultades para acceder y permanecer en los tratamientos.

Por todo ello, este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo principal hacer hincapié en la necesidad de tratar la drogodependencia desde una perspectiva de género, ya que en la población femenina el abuso de drogas puede presentar problemas especiales y requerir distintos métodos de intervención y tratamiento. Asimismo, se pretende analizar los factores, tanto emocionales como sociales, que propician el inicio del consumo de drogas. Además, se pretende ofrecer una visión global de las características y los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, el tabaco, hipnosedantes y demás drogas ilegales.

Más concretamente, se mostrará como la reducida presencia de mujeres en los centros de rehabilitación de drogodependencias y las dificultades para el acceso y el mantenimiento del tratamiento en comparación con los hombres, sientan las bases para buscar una explicación sobre las diferencias de género en el consumo problemático de drogas y su tratamiento. De la misma forma, se analizará cómo las mujeres drogodependientes se ven ligadas a los mandatos de género, lo que dificulta visibilizar su problemática e impide la búsqueda de soluciones, y cuando solicitan ayuda se encuentran con numerosos obstáculos (estereotipos, falta de apoyo familiar y de la pareja, etc.). Las mujeres drogodependientes se enfrentan no sólo a una sociedad que las estigmatiza por alejarse de los roles tradicionales, sino también a unos recursos que se paralizan ante su presencia.

Así, la elección de este tema viene determinada, en primer lugar, por la carencia de la inclusión de la perspectiva de género en los programas de rehabilitación, lo que supone no tener presente las necesidades de las mujeres tanto en la elaboración como en el desarrollo de los mismos. En segundo lugar, por la falta de modelos y procedimientos de intervención más adecuados para el tratamiento de los problemas de consumo en las mujeres, es decir, los programas no se adecuan a las necesidades específicas de éstas. En tercer lugar, por la escasa preocupación que tiene la sociedad española en cuanto a esta problemática, según los barómetros del CIS desde enero de 2017 hasta febrero de 2018, encontrándose en los últimos lugares según la percepción de los principales problemas de España. En cuarto lugar, no existen todavía datos estadísticos, información cualitativa ni análisis de género suficientes para conocer en qué medida y de qué forma el problema mundial de las drogas afecta especialmente a las mujeres. En quinto lugar, el aislamiento social y la condición de marginación económica que ha vivido y viven las mujeres han modelado la manera de desarrollar y ejecutar las políticas públicas relativas a las

sustancias psicoactivas. Esta problemática unida a la poca preocupación e importancia que se le ha dado a la hora de realizar un tratamiento diferencial al de los hombres ha sido el acicate que ha provocado la elección del tema de este trabajo.

En base a todo ello, se procedió analizar tanto los diversos datos estadísticos e informes recopilados en bases de datos como las aportaciones de personas expertas en género e igualdad de oportunidades, así como en drogodependencias, ya sea a través de entrevista personal o través de la lectura de sus textos. Las entrevistas a personas expertas han permitido contrastar y enriquecer el trabajo.

2. Conclusiones

En lo que respecta a este trabajo sobre la mujer drogodependiente, los datos recabados permiten concluir, a rasgos generales, que:

- La drogodependencia sigue siendo una problemática con predominio de los hombres, lo que origina que la intervención se adapte mayoritariamente a este colectivo. Esto puede deberse no sólo a la escasa presencia de mujeres toxicómanas en los recursos de drogodependencia, sino también por factores como la invisibilidad del consumo en mujeres por tratarse de drogas más aceptadas socialmente y por la exclusión social a la que se ven sometidas en mayor medida que los hombres cuando el consumo se hace manifiesto.
- Las mujeres han consumido menos drogas ilegales que los hombres, excepto en los hipnosedantes, siendo la mujer quien duplica el consumo de los hombres. Actualmente sigue siendo así, pero se está empezando a observar el aumento del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en mujeres, e incluso se invierte la relación en algunos grupos de edad (sobre todo en las escolares), debido a la normalización de las drogas.
- Las mujeres con drogodependencias se ven expuestas a una mayor exclusión social, cuentan con menor apoyo tanto por parte de la familiar como por parte de su entorno en comparación con los hombres.

- Los trastornos psiquiátricos y psicológicos que presentan los hombres y las mujeres con consumos problemáticos suelen ser diferentes, los hombres mayoritariamente presentan trastornos de la personalidad y psicosis (esquizofrénica y paranoide) y las mujeres trastornos asociados al estado de ánimo, generalmente, ansiedad y depresión y trastornos de estrés postraumático.
- Las mujeres se ven algo más afectadas que los hombres ante la mayoría de los factores de riesgo de carácter familiar, de gran influencia son los estados de ánimo y los aspectos emocionales y afectivos. También, son especialmente vulnerables ante las condiciones de trabajo negativas y el continuo esfuerzo por conseguir la igualdad entre ambos sexos. Asimismo, los factores de protección que más influyen en las mujeres son la familia, mayor percepción de riesgo asociado al consumo y dan mayor valor a su salud.
- La sexualidad y la maternidad de la mujer toxicómana se ven perjudicados, porque el consumo de drogas las aparta de atender estos aspectos de su vida, al estar expuestas a mayores prácticas sexuales de riesgo y al no cumplir el ideal de madre que se espera de ella.
- Existe una vinculación entre la violencia de género y el consumo de drogas. Por un lado, los hombres que tienen consumos problemáticos tienden a maltratar (física, psicológica o sexualmente) a sus parejas. Por otro lado, las situaciones de maltrato son un factor de riesgo para las mujeres ya que éstas tienden a iniciarse en el consumo para soportar y afrontar dicha situación de maltrato.
- A nivel emocional suelen estar destruidas, suelen tener baja autoestima y baja capacidad para tomar decisiones.
- Las mujeres tienen más dificultades para expresar de manera asertiva sus emociones, de decir NO, de manifestar sus necesidades personales, etc.
- Las mujeres se encuentran con gran cantidad de barreras para iniciarse y continuar en los tratamientos de drogodependencias en comparación con los hombres.

A partir de las diferencias entre los hombres y las mujeres drogodependientes se puede crear un programa terapéutico específico para ellas ya que los programas existentes

presentan un grave déficit en su diseño pues consideran que la población es homogénea y que está expuesta a los mismos factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas, ofertando, en consecuencia, las mismas respuestas para grupos poblacionales que presentan distintas necesidades y que responden de forma diferente a las estrategias preventivas que se vienen aplicando para la prevención del consumo de drogas. Por ello, habría que emplear un modelo más holístico para poder abordar la problemática de las drogas, teniendo en cuenta la salud, sexo, situación económica, entorno social, familiar, condiciones médicas y biológicas, etc., para poder diseñar los programas de prevención diferenciados según el sexo (tratamientos específicos).

En consecuencia, es fundamental realizar una intervención con perspectiva de género, con el objetivo de evitar un sesgo de género en la actuación, deben tenerse en cuenta los diferentes factores que están en el origen del problema y las diferencias en el medio social donde han de reintegrarse posteriormente las personas drogodependientes, adaptando la intervención y los recursos a las necesidades y características diferenciales de cada persona drogodependiente, sea hombre o mujer. Por ello, se debe abordar este fenómeno de forma integral, realizando una mayor individualización en los tratamientos, con planes de trabajo más adaptados a cada persona.

Incorporar la perspectiva de género es la única forma de valorar realmente la situación de las mujeres en un entorno social donde se encuentran estructuralmente discriminadas en función de su género y es la única forma de realizar una intervención completa, real, y justa hacia las mujeres por el hecho de serlo. Asimismo, analizar las condiciones de vida de las mujeres implica necesariamente estudiar la realidad de los varones y las complejas relaciones que se desarrollan entre ellos.

PARTE VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albajes, G., & Plaza Aleu, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y drogas*, 5 (2), 99-115.
- Ángeles Barreda Marina, M., Díaz-Salazar, M., de Ena de la Cuesta, S., López Jiménez, M., Rodríguez Pérez, M., Sánchez Vallejo, S., (2005). *Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones Madrid Salud.
- Arostegui, E., Urbano, A. (2005). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Artazcoz, L., & Borrell, C. (2007). Género y Salud. *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74 (1), 13-23.
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17 (49).
- Blanco Zamora, P., Palacios Ajuria, L., & Sirvent Ruiz, C. (2002). *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Blanco Zamora, P., Sirvent Ruiz, C., & Palacios Ajuria, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2).
- Bolaños Gallardo, E. (2012). *Mujeres, drogas y género*. XVIII Jornada Municipal sobre Drogas. Gijón.
- Burgos Moreno, J. (2015). *Análisis medicolegal en sujetos drogodependientes de la suspensión de la ejecución de las penas por sometimiento a tratamiento* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Departamento de Anatomía Humana, Medicina Legal e Historia de la Ciencia. Málaga.
- Calvo Botella, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16 (4).
- Cantos, R. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación

- Atenea. Plan Nacional sobre Drogas. Descargado el 07/04/2018 de la página web del MSSSI
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/biblioteca/Digital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>)
- Castañeda Abascal, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33 (2), 0-0.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3).
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Centro de Investigación Sociológica (2018). Barómetro de febrero de 2018. Recuperado en:
http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)
- Frago, S., & Sáez, S. (2017). *Heraldo*. Salud: así afectan seis tipos de sustancias a las relaciones sexuales. Recuperado en <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/heraldo-joven/2017/09/11/asi-afectanseis-tipos-sustancias-las-relaciones-sexuales-1195662-2261031.html>)
- Condori Fernández, M., & Guerrero Martínez, R. (2010). *Factores individuales, sociales y culturales que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 64 años de edad en el Centro de Salud Ganímedes San Juan de Lurigancho* (Tesis de Grado). Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Obstetricia, Lima.
- De Audikana, J. M. G., & Arostegui, E. (2017). *Perspectiva de género en la intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación*. (Vol. 32). Universidad de Deusto.
- El Observatorio de Salud de la Mujer. (2008). Informe Salud y Género 2006: Las edades centrales de la vida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Emakunde Instituto Vasco de la Mujer. (1991). *Informe sobre la situación de las mujeres en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Equipo de Investigación Sociológica. (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fuentes, J. M. O. (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona: Revista de estudios locales*, (3), 1269-1291.
- García, A., & Freire, M. (2000). A vueltas con la categoría género. *Papeles del psicólogo* (76), 35-39.
- Góngora Soberanes, J., & Leyva Piña, M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano* (132), 84-91.
- Ibáñez, M. (2016). Doctissimo. Salud: *los efectos de la droga en la vida sexual*. Recuperado de (<http://www.doctissimo.com/es/salud/cuerpo-sano/salud-y-sexualidad/efectos-droga-sexo>)
- Robertson, E., David, S., & Rao, S. (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIDA, 2.
- Jiménez Roset, J., Puerta Ortuño, C., Soto Baño, M., & Soriano Díaz, I., (2014). *Mediadores. Prevención de drogodependencia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social.
- José de la Cruz, M., Herrera García, Á., González González, M. T., Fariñas Michelena, B., & Egea Molina, E. (2000). Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. *Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria*.
- López Ibor Aliño, J. J., Valdés Miyar, M., & A. P. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- López Méndez, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social*. Cruz Roja.
- Magri, R., Miguez, H., Parodi, V., Hutson, J., Suarez, H., Menéndez, A., y otros. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78 (2), 122-132.

- Mantilla de Ardilla, A. (1996). Género: variable clave en educación sexual. Fundación Gama Idear población y desarrollo. Bogotá.
- Maquieira, D. A., Beltrán, E., Álvarez, S., & Sánchez, C. (2001). Género, diferencia y desigualdad. *En Feminismos. Debates teóricos contemporáneos* (págs. 159-163). Madrid: Alianza Editorial.
- María del Mar García Calvente (s.f.). Cuidados de salud, género y desigualdad. *Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada.
- Martín del Moral, M., Lorenzo Fernández, P., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. Madrid: Medica Panamericana.
- Martínez Redondo, P. (2010). *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD*. Descargado el 07/04/2018 (http://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1517487967_dificultades_de_acceso-unico.pdf)
- Meneses Falcón, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 329-344.
- Ministerio de Sanidad. (2006). Violencia infligida por la pareja y el alcohol. Recuperado de (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/violenciaPareja.pdf>)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Informe Salud y Género. Recuperado de (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>)
- Moral, M., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., & Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15, 27.
- National Institute on drug abuse (2005). Alcohol: un tema de salud de la mujer. Disponible en: (https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womenspanish/Women_Spanish.pdf)
- Observatorio Vasco de Drogodependencias. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Estadísticas 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Descargado el 07/04/2018 (http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Descargado el 07/04/2018 (https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_es.pdf)
- Ortiz García, P., & Clavero Mira, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144.
- Pantoja, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en Drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Paris, E. (2015). Bebés y más: *el impacto de las drogas en la fertilidad de la mujer*. Recuperado de (<https://www.bebesymas.com/fertilidad/el-impacto-de-las-drogas-en-la-fertilidad-de-la-mujer>)
- Pascale, A. (2010). Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. *Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención*. Montevideo: MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez.
- Pastor, F., Reig Ruano, M., Fontoba Fernández, J., & García del Castillo-López, A. (2011). Alcohol y violencia. *Salud y drogas*, 11 (1), 71-94.
- Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescente. *Pulso: revista de educación* (32), 147-173.
- Piedad Boada Lecaro, M. (2012). *Caracterización emocional en las parejas de pacientes alcohólicos del hospital de la Policía Nacional G-2 Guayaquil 2011* (Tesis de grado). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas, Guayaquil-Ecuador.
- Plan Nacional sobre drogas. *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (EDADES)*, 2015.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Planeta Publishing.
- Rekalde, Á., & Vilches, C. (2005). Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV. *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV*. DDGV.
- Romero Mendoza, M., & Gómez Castro, C. (1997). La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. *LiberAddictus*.
- Romo Avilés, N. (2013). Invisibilidad, Emociones y Abuso de Drogas entre las Mujeres. Adicciones y Emoción. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (81), 22-23.
- Rubio, G., & Blázquez, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*, 327-336. Colegio de Médicos de Madrid.
- Sánchez Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14 (5).
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Género y drogas: Guía informativa: género y drogas: Plan de atención integral a salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Xunta de Galicia.
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género: Documento marco*. Galicia: Xunta de Galicia.
- Sánchez Pardo, L. (2012). *Género y drogas. Guía informativa*. Alicante: Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.
- Sánchez Pardo, L. (2014). *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención*. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.
- Santana Franco, N. (2015). *Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido* (Tesis de grado). Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia. La Palma.
- Seguridad Pública. (2008). Seguridad pública: *Etapas de la drogadicción*. Recuperado en (<https://www.seguridadpublica.es/2008/10/etapas-de-la-drogadiccion/>)
- Servicio de Investigación Social de Fundación EDE. (2015). Violencia contra las mujeres en la CAPV. Gobierno Vasco, Emakunde.

- Síndrome Clínicas Universitarias (2016). Síndrome Adicciones. Recuperado de (<http://www.sindrome-adicciones.es/consumo-en-hombres-mujeres-diferencias/>)
- Sirvent, C. (2001). *Clínica de la mujer adicta*. XII Jornadas de Asociaciones de Drogodependencias y SIDA. Marbella: Federación Andaluza Enlace de Asociaciones en Drogodependencias.
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid (España): Médica Panamericana.
- Turbert, S. (2003). Años ochenta: adopción de la categoría de género y del paradigma de la dominación masculina. *Del sexo al género: Los equívocos de un concepto* (pp. 317-318). Universidad de Valencia.
- Velasco Arias, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- Velasco Arias, S. (2007). Percepción de los factores de vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión heterosexual del VIH/SIDA. *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres en atención primaria y desde una perspectiva de género*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Velasco Arias, S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. *Material docente del Diploma de Especialización de Género*.

Normas consultadas

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Consejo de Europa. Naciones Unidas, de 18 de diciembre de 1979.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
- Ley Orgánica 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 38, de 13 de febrero de 2008.

PARTE VIII: ANEXOS

1. ENTREVISTAS CON LOS PROFESIONALES

Código de Identificación de entrevistas

T1= Transcripción 1

T2= Transcripción 2

T3= Transcripción 3

T4= Transcripción 4

/

P = Pregunta

R = Respuesta

T1. ELISABETE AROSTEGUI: investigadora del Instituto Deusto de Drogodependencias (*entrevistada el 20 de abril de 2018*)

P: Antes de adentrarnos en materia me gustaría conocer que experiencia tiene usted en el campo de las drogodependencias.

R: Yo comencé en el campo de la drogodependencia haciendo un máster en drogodependencias después de haber finalizado la carrera. Posteriormente, comencé a trabajar en el equipo de intervención de toxicomanías en la prisión de Basauri. Sin embargo, en el año 2004, antes habíamos hecho unas compañeras y yo, gente que trabajaba en entidades sociales, nos planteamos hacer un programa de prevención de recaídas, porque todas trabajábamos en intervención con usuarios drogodependientes, generalmente varones, e hicimos un manual de prevención de recaídas. A raíz de todo esto, una compañera (Aurora Urbano), me propuso en el año 2002 estudiar e incidir un poco más que pasaba con las mujeres en el ámbito de las drogodependencias porque ya se empezaban a leer artículos de que había características diferentes en las mujeres drogodependientes. Esto no significó que se incluyera la perspectiva de género, sino que se empezaba a tener en cuenta un poco a la mujer. En el año 2004, Aurora y yo escribimos un libro “La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados”, fue uno de los primeros libros que se habían escrito sobre drogodependencias en la mujer,

aunque ya habían mujer como Nuria Romo, Carmen Meneses que estaban hablando con más enfoque de género en el ámbito de las drogodependencias pero como todavía la investigación en ese ámbito estaba muy inicial, nosotras ahora podemos considerar que el libro que escribimos entonces era bastante descriptivo y si aportaba algunas pinceladas, sobre todo tenía un poco el valor de ser un trabajo cualitativo por un lado y cuantitativo por otro, donde recogemos el testimonio de mujeres que habían pasado por un proceso de tratamiento en drogodependencias para preguntarles primero que aspectos estaban relacionados con su drogodependencia y luego como había sido el proceso de tratamiento. Entonces, ya preguntábamos sobre algunas de las cuestiones que se empezaban a comentar sobre las mujeres, pero sin que el marco de comprensión y de interpretación fuera realmente de enfoque de género (la teoría sexo-género) sino simplemente preguntar por esas cuestiones.

Yo ahora, mirándolo a posteriori, considero que ese trabajo tiene la importancia de ser un trabajo descriptivo donde se empieza hablar de las mujeres drogodependientes pero que no incorpora la perspectiva de género. Posteriormente, en 2007 hicimos otro trabajo preguntando a las mujeres sobre si valoraban la necesidad de un tratamiento específico para mujeres, lo que nos dimos cuenta es que los profesionales no tenían formación sobre perspectiva de género y las mujeres tampoco conocían ningún tratamiento específico para ellas, con lo cual no veían esa necesidad o en cualquier caso si la veían era con determinados aspectos que parecían que podían trabajar en grupos específicos, no valoraban tanto un tratamiento entero específico para ellos sino espacios dentro del tratamiento para hablar de determinadas cuestiones. Esto venía a raíz de que en el Instituto Spiral habían creado un tratamiento específico para mujeres, yo creo que fue uno de los primeros que hubo en España y que tuvo bastante difusión mediática. A partir de ahí, la formación de género me ha permitido incorporar una comprensión, una lectura de género y lo que pretendo y pretendemos siempre las personas que estamos trabajando en esta cuestión es no contribuir a poner el foco en la mujer para reproducir cuestiones que se estigmatizan o que siguen generando más estigma o mayor vulnerabilidad con las mujer drogodependientes sino explicar a qué se deben algunas de las diferencias que se manifiestan entre hombres y mujeres e intentar con esa explicación tener una perspectiva más amplia de la drogodependencia femenina y plantear posibles intervenciones adecuadas a sus necesidades.

P: Ahora bien, todo lo que he leído sobre la mujer drogodependiente me deja ver que a lo largo de la historia en el campo de las adicciones ha habido una invisibilización de la mujer drogodependiente. ¿Por qué? ¿A qué se debe?

R: Bueno, tradicionalmente, el consumo de drogas ilegales, que es el que ha producido mayor alarma social, lo han efectuado los varones y, además el consumo de drogas ilegales en los años 80 ha ido asociado a delincuencia, VIH, etc., con lo cual eso ha creado una gran alarma social. Entonces, los centros de tratamiento en principio desde una concepción del consumo de drogas como algo más criminalizador que, como se pueda entender ahora como una enfermedad o patología, se diseñaron fuera de la red de asistencia y yo creo que con una valoración moral censora que había que tenerles un poco encerrados, no eran considerados enfermos con lo cual se generaron dispositivos asistenciales muy cerrados para atender a esas personas que consumían drogas ilegales y que socialmente estaban también llamando mucho la atención y eran mayoritariamente varones. El consumo de las mujeres en sustancias ilegales ha sido siempre menor y las mujeres en aquellos momentos seguro que consumían drogas pero mayoritariamente drogas legales (psicofármacos, medicación, alcohol, etc.) que, primero, no generan tanta alarma social y, segundo, la persona que esté tomando psicofármacos, este medicada o lo que sea, aparte de no dar mucha guerra lo puede consumir en el ámbito privado e incluso no se va a considerar ni ella, esa medicalización que se hace de la mujer, una drogodependencia; con lo cual ni ellas ni otras personas han considerado que debieran ir a un centro de tratamiento, ya que no se consideraban drogodependientes. Sin embargo, si ha habido ese consumo por parte de la mujer de toda la vida, pero digamos que, desde un punto de vista desde un enfoque de género, esa medicalización ha contribuido a que las mujeres sigan ejerciendo sus roles habituales en ámbito privado cuidando a los hijos, al marido, haciendo las labores del hogar., tapando los malestares ejerciendo sus roles.

Las mujeres que consumían drogas ilegales siempre han sido menos, porque además el consumo de drogas ilegales por parte de las mujeres contribuye por un lado al estigma que tiene que ver con el consumo de drogas y por otro lado al estigma que tiene que ver que una mujer no esté cumpliendo con sus roles. Entonces, entre que las mujeres que han consumido drogas legales no se han percibido como drogodependientes, no han acudido a los centros de tratamiento y siempre las demandas de tratamiento por parte de las mujeres han sido menores y, por otro lado, las mujeres que consumían drogas ilegales

han pensado que tienen que ir a tratamiento y se han encontrado con que hay muchas barreras de acceso para ir a los tratamientos. Primero, ese doble estigma, es decir a ver si lo puedo yo resolver por mi cuenta porque si voy a un centro de tratamiento me va a identificar todo el mundo como drogodependiente. Normalmente, las mujeres no han tenido apoyo por parte de su familia ni de su pareja para que acudan al tratamiento porque para una familia es más difícil admitir que una hija o una madre tiene un problema de drogas y prefieren que no se sepa. Las propias mujeres, yo creo, que preferían no identificarse y han preferido acudir a centros de atención primaria o a cualquier servicio de salud mental antes que ir a un centro de tratamiento de drogodependencias. Entonces, las mujeres se sienten juzgadas, se sienten estigmatizadas y creen que allí en los centros van a seguir siendo señaladas y luego otro problema es que muchas de las mujeres que acuden tienen hijos y esto supone el riesgo de que se te considerara una mala madre y en ese momento diputación o cualquier otro servicio social interviniera y les quitaran a los hijos, con lo cual entre la falta de apoyo (la familia quiere tapar el problema), entre que ellas a veces han decidido no ir por miedo, por no ser identificadas, el tema de los hijos, etc., son una barreras que han supuesto unas dificultades para iniciar el tratamiento. Luego, una vez dentro, hay un problema por parte de los recursos que no están adaptados a las necesidades.

P: Sobre esta cuestión Elisabete, ¿en qué no se adaptan los recursos existentes?

R: Bueno, pues por ejemplo, no trabajan una serie de temas que desde una perspectiva de género son fundamentales para abordar la toxicomanía femenina, por ejemplo la alta prevalencia de abusos en la infancia, otro tipo de negligencias, el maltrato de género, la autoestima, la sexualidad, en algunos casos el ejercicio de la prostitución..., determinadas cuestiones que no se trabajan o que si se trabajan en grupos mixtos las mujeres no lo verbalizan porque no es plato de buen gusto hablar de determinadas cuestiones en un grupo mixto y cuando tampoco igual por parte de los o las profesionales no se va a interpretar o se va a comprender desde una perspectiva de género.

P: En este sentido Elisabete, ¿los profesionales tratan igual a las mujeres que a los hombres cuando acuden a los centros solicitando ayuda?

R: Ese es el problema que las tratan igual, todos estamos imbuidos por el contexto en el que vivimos y estamos en una sociedad donde sigue habiendo por el hecho de ser mujer una subordinación de género con lo cual ni los terapeutas ni nadie se escapa de los mandatos de género y a las expectativas de género y a los roles que tenemos, salvo que tengas la oportunidad de tener una formación sobre esa cuestión, con lo cual claro que se sienten juzgadas porque seamos profesionales o no reproducimos los esquemas en los que nos hemos socializado y esperamos de las mujeres determinadas cosas y de los hombres otras, con lo cual yo no digo que conscientemente pero inconscientemente no tiene porque no darse el mismo patrón que funciona socialmente. Es decir, los terapeutas y las terapeutas no se salen fuera de los cánones de la educación que recibimos todas y todos.

Entonces, yo creo que ahora sí que hay cada vez más gente formada en esta cuestión que sí que entiende que debe precisamente no tratarlas de la misma forma que a los hombres, sino que los hombres necesitan una serie de cuestiones sobre las que se deben trabajar y las mujeres otras y que además el tema del estigma y el doble estigma que no funciona en los varones tiene que ser cuidado para que por ejemplo, haya una mayor adherencia al tratamiento ya que si una mujer entra a un tratamiento y se siente juzgada y se siente mal tratada nuevamente es probable que la adherencia al tratamiento sea menor.

P: ¿Le parece que el consumo de drogas en mujeres está en aumento? ¿A qué se debe?

R: Yo diría que sí, nosotras en los estudios que hemos llevado acabo sobre los adolescentes, vemos que en cuanto al consumo de alcohol y tabaco en las mujeres está aumentando y no se ha equiparado en cuanto a cantidad porque las mujeres no consumen la misma cantidad pero si hay más mujeres que consumen, es decir, en la medida en que las mujeres también acceden en mayor medida al ámbito público y a los lugares que se consideran prestigiados que son los que ocupan los varones puede haber cierta asimilación de comportamientos masculinos, lo que pasa es que eso es como un espejismo de igualdad, es decir, hacemos lo mismo que los chicos, imitamos. Además, las

consecuencias de ese consumo no son las mismas, seguimos juzgando de manera diferente por las mismas conductas a chicos y a chicas. En ocasiones, se suele comentar que nos hemos incorporado a las partes negativas de los mandatos masculinos.

P: Entonces por lo que puedo entender Elisabete, ¿las mujeres consumen más drogas legales que ilegales?

R: Si, el tema del estigma sigue funcionando a la hora de elegir las drogas, el género va a determinar qué tipos de drogas eliges para consumir y yo creo que sigue siendo real el hecho de que es más fácil acceder al alcohol y consumirlo en casa si eres mujer y evitarte reproches. Además, es muy fácil para una mujer que siente ansiedad, depresión, etc., que tienen que ver a mi juicio con el sistema de sexo- género que nos sitúa a las mujeres en una posición subordinadas, donde surgen esos malestares, ir a un médico de atención primaria y que te recete ansiolíticos, antidepresivos..., que de alguna manera calmen ese malestar y evitando la alarma social que generan otro tipo de consumos con lo cual yo creo que sí que las mujeres siguen consumiendo mayoritariamente drogas legales.

P: Elisabete y, ¿qué motiva a las mujeres para iniciarse en el consumo?

R: Es evidente que las mujeres consumen por motivos muy diferentes a los hombres. Las mujeres jóvenes lo suelen hacer para divertirse, experimentar, etc., pero las mujeres adultas que se inician en el consumo lo hacen por razones más complejas (separación, maltrato, prostitución, etc.) y ven el consumo como una salida para afrontar su situación.

P: ¿Crees que hay características diferentes, o que afectan de diferente manera a hombres y mujeres? (Características biológicas, psicológicas, sociales, etc.).

R: Biológicamente sí afecta de manera diferente, porque las mujeres con menores cantidades de alcohol lo metabolizamos peor. Hay bastante documentación que te diría que efectivamente los efectos de casi todas las drogas tienen un impacto mucho más negativo en el ámbito fisiológico y biológico de las mujeres.

En cuanto a lo psicológico, efectivamente los antecedentes que rodean a la decisión de consumir drogas en las mujeres son diferentes a la de los hombres. En las mujeres el tema de los abusos y el papel social de la mujer está muy unido con la autoestima, la

autoeficacia, el menor apoyo social, las relaciones de pareja, la dependencia emocional, etc. Es decir, hay una serie de cuestiones que tiene que ver con la socialización de género de las mujeres que afectan a su consumo de drogas y otra serie de cuestiones que tiene que ver con la socialización de género masculina que también tiene que ver con su decisión de consumir drogas. Es decir, también los mandatos masculinos son asumir riesgos, ser muy machote y viril, tener más poder, falta de cuidado de la salud, impulsividad, etc., también de alguna manera les pone en una situación de vulnerabilidad, pero las situaciones que generan esa vulnerabilidad en los hombres son diferentes a las que genera en las mujeres a la hora de consumir.

P: ¿Notas alguna diferencia en la percepción social, en la representación social ante la adicción femenina y masculina? (por ejemplo, la estigmatización, aislamiento, etc.).

R: Sí, totalmente. El doble estigma la primera, por ejemplo, un hombre que está solo en un bar bebiendo no tiene ningún problema, la gente no se queda mirándole porque este solo, en cambio, una mujer que este sola bebiendo en un bar sigue llamando la atención. El consumo de alcohol en las mujeres se asocia a la promiscuidad sexual; el uso de drogas ilegales por parte de las mujeres a la prostitución, etc. Además, nunca a un varón que tiene problemas de drogas se le cuestiona si es mal padre, buen padre, si tiene hijos, en cambio a la mujer sí. Si una mujer bebe o consume drogas estando embarazadas no te quiero ni contar. La sociedad sigue viendo muy diferente el consumo de drogas masculino que el femenino, el masculino se asimila de otra manera, se está más acostumbrado incluso por parte de la familia y la sociedad y el consumo de drogas femenino está muy penalizado socialmente y por parte de la familia.

Esto les genera a las mujeres mucha culpa y mucha vergüenza, e influyen en su autoestima, en la ocultación del problema, se sienten fracasadas, etc., y también se les manda el mensaje de que son malas madres, malas parejas, malas mujeres, etc. Como que de alguna manera su feminidad está destruida y a veces no se puede volver a recuperar, es decir como que son lo peor.

P: ¿Es cierto, que las mujeres con consumos problemáticos sufren mayor vulnerabilidad de sufrir violencia física o psicológica (maltrato en la pareja, abusos sexuales, etc.)?

R: Si, una mujer que consume alcohol, por ejemplo, y que esta borracha puede ser una presa fácil y parece encima que lo está buscando. Siempre se duda de la moralidad de las mujeres que beben.

En cuanto a las drogas ilegales y las mujeres, los ambientes de consumo de drogas ilegales son bastante violentos y bastante machistas. En muchas ocasiones, se ha demostrado que en esos ambientes existe maltrato por parte de la propia pareja, porque normalmente las mujeres tienen parejas consumidoras no necesariamente ocurre esto en los varones, y suelen ser relaciones de violencia, de poco cuidado. También, pueden sufrir violencia por parte de otras personas consumidoras como pueden ser por ejemplo a la hora de inyectarse, la mujer al no encontrarse la vena es la última que se chuta con una jeringuilla y puede coger cualquier tipo de virus con mucha más facilidad y yo considero que eso también es un maltrato.

Las mujeres tienden a meterse igual menos en actividades delictivas de tipo robo, etc., y por ejemplo sí que suelen ser instadas por sus parejas o igual ellas mismas deciden ejercer la prostitución para conseguir drogas, entonces ahí estamos exponiéndonos a otro tipo de riesgo, ya que de por si la prostitución es una situación de maltrato.

P: Entonces Elisabete, ¿existe relación entre el consumo de drogas en el colectivo femenino y la prostitución?

R: Si, yo diría que en cuestión de drogas ilegales y con mujeres con consumos problemáticos de drogas. La socialización de género hace que el cuerpo de las mujeres sea lo valorado de las mujeres por su capacidad de tener hijos y porque a las mujeres siempre se las ha visto como un objeto sexual. El cuerpo de las mujeres es el objeto de reproducción y patrimonio de los varones, entonces al ser valoradas básicamente por su cuerpo “yo utilizo lo que de mi vale para conseguir lo que yo quiera” entonces de esta manera la mujer puede conseguir drogas para ellas y para sus parejas en muchos casos, porque en muchas ocasiones es la pareja el que actúa como proxeneta, y entonces yo creo

que muchas mujeres se dedican y se han dedicado a la prostitución, no como dedicación en sí pero si como una vía de logro de sustancias.

Ahora, en el tráfico de drogas a gran escala las mujeres también utilizan su cuerpo siendo mulas, trasportando en su cuerpo sustancias desde Colombia, Brasil, etc., siempre está ahí el cuerpo como eje de subordinación, también en esta situación.

P: ¿Qué trastornos o patologías suelen ser más habitual que presenten las mujeres con consumos problemáticos? (por ejemplo, la existencia de una patología dual).

R: Algunas autoras sobre todo diagnosticarían la alta prevalencia del trastorno de estrés postraumático, ya que un porcentaje muy alto de mujeres han padecido en la infancia abusos sexuales, psicológicos, maltrato, etc., y de alguna forma correlaciona con el consumo de sustancias. Luego, presentan un alto porcentaje de mujeres ansiedad y depresión y en muchos casos también hay casos de trastornos alimentarios como la bulimia, la anorexia.

Los trastornos alimenticios pueden deberse a temas de abusos, imagen corporal muy dañada, etc., y a veces eso puede ser el motivo de inicio del consumo de drogas como pueden ser las anfetaminas. Incluso, he leído que las recaídas en algunas mujeres que están en tratamiento se producen cuando comienzan a engordar porque han dejado de consumir. Además, no se debe desdeñar que el problema que pueda tener con su imagen corporal y con su sexualidad fue algo que estuvo muy presente en su consumo o en el inicio de su consumo y que luego si eso no se ha resuelto pueda volver a surgir este problema.

La depresión, la ansiedad, las ideas de suicidio, afectos negativos en general, muchas son diagnosticadas de dependencia emocional, estrés, etc. Ese tipo de cuestiones son las que están mayormente asociadas al consumo femenino.

P: ¿Qué dificultades crees que se encuentran las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias?

R: Yo creo que una de las básicas es que mientras su pareja siga consumiendo y no decida iniciar un tratamiento, ellas van a seguir consumiendo, porque las mujeres nos socializamos para apoyar a nuestra pareja, para cuidar a nuestra pareja, para estar pendiente de ellos, entonces mientras él no decida dejar el consumo ella no va a decidirlo.

El tema de los hijos, con qué apoyo voy a contar si inicio el tratamiento..., yo diría que es sobre todo el tema de la pareja el que va a ejercer la influencia más clara, mientras tenga una pareja que siga consumiendo no van a dejar el consumo. Si la pareja decide que va a tratamiento igual ellas también van y si igual no tienen pareja existen otras presiones (familiares, sociales).

Elisabete, entonces en este caso, **¿estaríamos hablando de dependencia emocional?** La dependencia emocional es la exageración de un mandato de género, si nos socializamos para ser la media naranja, para cuidar a nuestra pareja... es decir, esos mitos que tienen que ver con el amor romántico pero sobre todo el de cuidar, mantener, sustentar, etc., al fin y al cabo todos esos mandatos nos ponen en una situación en la que el otro ha de ser cuidado y nuestra identidad pasa por ser cuidadora, salvar, proteger, etc., al fin y a cabo tener esa pareja y cuidarla es parte de nuestra identidad, llevado a un extremo exagerado hablaríamos de dependencia emocional. Pero en realidad el ser alguien a través de esa otra persona es el mandato de género de las mujeres con lo cual la dependencia emocional no es más que el llevar al extremo lo que se nos dice durante toda nuestra socialización. Las mujeres somos a través del otro, que es siempre un hombre, luego si a mí es el otro el que me da identidad pienso que sin él no soy nadie, pero es porque me lo han enseñado así, entonces eso llevado al extremo estaríamos hablando de dependencia emocional. Todo esto tiene que ver con factores en la educación y con patologizar cosas, hacer una enfermedad que estructuralmente, socialmente y culturalmente germina así.

P: ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de las mujeres? ¿A que lo atribuyes?

R: Si, hay menos mujeres que consumen drogas que hombres eso es verdad pero yo creo que hay una serie de barreras para entrar, mantenerse y finalizar el tratamiento que tienen que ver con cuestiones de género que influyen en la manera en que somos las mujeres en nuestro desarrollo, en nuestra subjetividad, en cómo nos construimos, y luego yo creo que hay unas barreras que tienen que ver con los propios tratamientos y los/las profesionales, y que el diseño diferente y la comprensión de esos factores en la medida en que ayudará a crear diseños más flexibles, más amplios donde se aceptará mejor a las mujeres y donde se interviniera de otra manera con las mujeres probablemente ayudaría a que por lo menos tuvieran una adherencia mejor en el tratamiento y finalizaran más mujeres el tratamiento.

P: Elisabete entonces, ¿los obstáculos que se encuentran las mujeres para acceder al tratamiento son los mismos que en los hombres?

R: No en la misma medida, un hombre también puede tener miedo a que le identifiquen como drogodependiente, será estigmatizado como drogodependiente, pero socialmente no va a tener la misma presión, censura ni el mismo reproche social. Además, el hombre va a tener el apoyo de su familia, de su pareja si no es consumidora, va a poder trabajar todos los aspectos que presenta la drogodependencia masculina porque los tratamientos tienen un punto de vista androcéntrico. Esto es lógico porque lo que más se ha estudiado es la drogodependencia masculina, los tratamientos se han diseñado en función de lo que se sabe de éstos, luego para ellos no va a ser tan importante el tema sexual, su aspecto corporal, la autoestima no la tienen tan dañada, etc.

Entonces por lo que me dices, **¿es cierto que los programas de tratamiento de adicciones están diseñados desde una perspectiva masculinizada?** Si, totalmente, es lógico si cuando aquí en España surgió el problema de las drogodependencias, quienes consumían drogas ilegales eran mayoritariamente hombres, si los estudios que se han hecho han tomado mayoritariamente a los hombres para explorar sus razones, motivos..., y lógicamente los recursos se han diseñado en función de lo que se sabe entorno a los hombres, no se ha estudiado que es lo que sucede con las mujeres drogodependientes

hasta hace muy poco y la necesidad de una intervención diferencial. Entonces de lo que se ha sabido de la drogodependencia masculina se ha extendido a las mujeres como si fuera un apéndice o en todo caso la excepción, pero en cuanto a la intervención no se ha pensado que haya que trabajar otra serie de factores hasta hace muy poco.

Yo diría que la mayoría de los tratamientos tienen una perspectiva androcéntrica y que se emplean las mismas intervenciones con las mujeres, comparten los mismos grupos, hablan de los mismos temas y se ha comprobado que cuando las mujeres están solas y tienen grupos específicos de mujeres sacan otros temas para trabajar. Entonces mientras no se plantee que eso es así y que hay una realidad diferente se sigue trabajando como se ha trabajado siempre.

P: ¿Crees que hay que separar el tratamiento de hombres y mujeres, y realizar un tratamiento diferencial? ¿Por qué? En su caso, ¿qué aspectos se trabajarían de forma específica?

R: Yo creo que sí, las mujeres se sienten más confortables, menos culpables, menos juzgadas y se trabajan sus temas específicos en un tratamiento separado. En cualquier caso, lo que sí se puede poner en marcha y no es tan difícil es tener espacios en el tratamiento para trabajar cuestiones relacionadas con el género solamente para mujeres y eso se puede hacer y es mucho más fácil que poner un recurso específico.

Yo personalmente si apuesto porque tenga que haber un tratamiento específico. Primero, tiene que haber una formación por parte de los y las profesionales y yo personalmente pienso que tienen que existir espacios integrados solamente con mujeres que inicialmente estén gestionados por terapeutas de este mismo sexo.

En ese tratamiento específico se deben trabajar, la maternidad, la sexualidad, todo lo que tenga que ver con la imagen corporal, violencia, prostitución, autoestima, autoeficacia, apoyo, etc.

P: ¿Consideras necesario incorporar la perspectiva de género en el campo de las adicciones? ¿Por qué?

R: Me parece vergonzoso que no esté incorporada la perspectiva de género ya. En los años 70-80 esto ya se sabía. Si lees estudios en el ámbito anglosajón todo esto ya estaba hablado, ya empezaron a pensar que estaba pasando con las mujeres, que había determinadas cuestiones que suponían un desafío con respecto a lo que se sabía de la drogodependencia masculina, que se estaba haciendo con el tratamiento, etc. Lo que pasa es que aquí en nuestro contexto todo esto se ha empezado a estudiar mucho más tarde y se puede decir que se avanza muy lentamente entonces cada vez hay más gente formada y aunque no haya profesionales formados en enfoque de género ha llegado el mensaje de que hay que incorporar la perspectiva de género en los tratamientos.

Es una cuestión de derechos humanos porque en la medida en que yo en mi recurso no doy la respuesta más adecuada a las personas que vienen o en la medida en que mi recurso o formación supone un obstáculo para que venga una parte de la sociedad, estoy limitando su acceso a la salud con lo cual no tener perspectiva de género en el tratamiento reduce oportunidades de salud, estaríamos hablando de una cuestión de derechos, derecho a la salud.

T2. XABIER ARANA: Doctor investigador del Instituto Vasco de Criminología y experto en drogodependencias (entrevistado el 23 de abril de 2017)

P: Antes de adentrarnos en materia me gustaría conocer que experiencia tiene usted en el campo de las drogodependencias.

R: Bueno pues yo hice mi Tesis Doctoral sobre: Los discursos de las sentencias sobre el tráfico ilícito de drogas. También, tengo un máster en Sociología Jurídica y otro máster en Criminología. Actualmente, soy profesor investigador del Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI). Además, he llevado a cabo numerosas investigaciones relacionadas con el fenómeno social de las drogas.

P: Ahora bien, a lo largo de la historia en el campo de las adicciones ha habido una gran invisibilización de la mujer drogodependiente. ¿Por qué?

R: Primero, a la mujer se la invisibilizaba, eso ha sido una realidad histórica y cuando ha empezado a tener protagonismo, en relación sobre todo con las drogodependencias, no ha sido como mujeres sino como madre. Es decir, tenía otro ser viviente en lo que podría tener efecto esos consumos que hacía la mujer. Con lo cual es muy significativo.

Sin embargo, es una realidad y ahí están los datos que tanto hombres como mujeres consumimos drogas y un sector de hombres y un sector de mujeres tienen problemas. ¿Qué ocurre? Que históricamente las mujeres han tenido más problemas por consumo de drogas denominadas legales que de las ilegales, no han consumido tanto, históricamente, sustancias ilegales.

Hay un tipo de drogas denominada somníferos, antidepresivos, etc., que está más relacionada con dependencias femeninas. Pero eso tiene mucho que ver con una concepción muy determinada, a la mujer cuando tenía algún malestar se le recetaba ese tipo de psicofármaco.

Entonces en este sentido Xabier, **¿Cuál es la situación actual en España del consumo de drogas en la mujer y en el hombre?** En general, menos en hipnosedantes, consume más el hombre que la mujer.

Hay unas drogas como el tabaco y el alcohol que aun siendo mayoritario el consumo en hombres que en mujeres últimamente está aumentando el consumo femenino de estas sustancias sobre todo de adolescentes. También, ocurre, pero en mucho menor medida con el cannabis, ahora empieza a consumirlo más mujeres jóvenes el cannabis.

Históricamente, el alcoholismo del varón era público en cambio el alcoholismo de la mujer era más desconocido, en privado, etc. Y, luego hay una valoración social diferente, es decir no tiene el mismo reproche social el ver a un hombre bebido o ver a una mujer bebida, este reproche aumenta si la mujer está en una época de embarazo, de estar cuidando a los niños, etc. Es decir, que un hombre se vaya de potes después de trabajar está bien visto socialmente, que eso lo haga una mujer en época de que sean los niños pequeños puede estar mal visto.

Hay una concepción, que hay una desigualdad en la práctica que no se valora de la misma manera determinados consumos problemáticos. Entonces, un borracho a veces no está mal visto, pero una mujer borracha para un sector de la sociedad es lo peor que puede haber. La mujer tiene un mayor estigma social sin duda alguna.

P: ¿Crees que hay características diferentes, o que afectan de diferente manera a hombres y mujeres? (características biológicas, psicológicas, sociales, etc.).

R: Por el tipo de cuerpo, peso, etc., determinados consumos afectan más a las mujeres que a los hombres, eso es una realidad. En general, en los cálculos que hacen de pruebas de alcoholemia, las mujeres suelen dar positivo con menos cantidades ingestas de alcohol que los hombres.

P: ¿Notas alguna diferencia en la percepción social, en la representación social ante la adicción femenina y masculina? (por ejemplo, la estigmatización, aislamiento, etc.).

R: Si, estamos en una sociedad patriarcal no igualitaria, desde ahí se le ha asignado a la mujer una serie de valores que tiene que cumplir como son el de cuidadora, responsable, etc., entonces hacer determinados consumos puede que no cumpla los roles que se espera de ella, de ahí ese reproche.

Te he comentado antes, en una relación de pareja de igualdad es lógico que un día puedas salir con los amigos y amigas ella y otro día él y si hay niños y niñas pues perfectamente un día los puede estar cuidando el padre o lo puede estar cuidando la madre, pero hay una concepción todavía socialmente que reprocha mucho más a la mujer que al hombre determinados consumos.

P: ¿Es cierto, que las mujeres con consumos problemáticos sufren mayor vulnerabilidad de sufrir violencia física o psicológica (maltrato en la pareja, abusos sexuales, etc.)?

R: Determinados consumos, sobre todo problemáticos, pueden llegar a faltar al respeto. Es decir, simplemente un detalle: imagínate, tú un día en un bar a la tarde nadie te va a tocar el trasero, pero igual a las 3 de la madrugada en una discoteca hay alguien que se da esa licencia porque ha bebido. Entonces, ese respeto que tiene que haber todo el día parece que hay entornos que ha determinada hora propician esa conducta.

Entonces, primero, te sale el cabreo, porque me tratas así. Luego, hay un sector de mujeres que se echan la culpa por cómo iba vestida, etc., cuando de entrada a la hora de consumir hay que hacer un consumo responsable y consumo responsable es que te responsabilizas de todo lo que haces cuando bebes o consumes otras cosas. Es decir, yo no me puedo propasar con mi pareja y decir “ha sido el alcohol” e incluso muchas mujeres dicen “no si esta persona cuando no bebe es una persona maravillosa”, entonces hay una serie de cosas que determinados consumos en entornos sociales parecen que dan una permisibilidad, pero eso supone que no hay una igualdad entre el hombre y la mujer.

Hay una autora, Encarna Bodelón, que dice “una ciudad segura es segura cuando las mujeres también están seguras” porque hay muchos ambientes en los que los hombres están seguros pero las mujeres no lo están. Desde ahí, a veces los consumos pueden servir de excusa para propasarse una serie de fronteras que no hay que pasar. Pero, la culpa no es de las sustancias, la responsabilidad es de quién consume.

A veces hay una línea que es consumir alcohol y otras drogas como justificante de no tener responsabilidad. Esto no puede ser así, no puede ser el consumo de alcohol y otras drogas sea como un eximente, atenuante, etc., si consumes y realizas unos hechos te

responsabilizas. Por ejemplo, con la violencia de género, un hombre se ha emborrachado en la calle va hasta su casa, por el camino ve a un montón de hombres y mujeres, y llega a su casa y a quién le pega es a su mujer y luego dice que es por el alcohol, si fuera por el alcohol pegarías al primero con el que te encuentras. Es decir, hay un sector de gente que dice que puede servir de eximente, atenuante, pero yo creo que lo que hay que hacer cuando consumes es responsabilizarte de ello.

P: ¿Existe relación entre el consumo de drogas en el colectivo femenino y la prostitución?

R: Un sector de la gente que maneja la prostitución también está metida en tráfico de drogas, entonces a veces sustancias como el alcohol y la cocaína están en ambientes de prostitución.

Por otro lado, no es lo mismo una prostitución de igual a igual, es decir una persona que pueda vender su cuerpo cuando quiera y cuando le apetezca y en situación de respeto que cuando una mujer se prostituye para pagar su consumo, una serie de circunstancias me han llevado y es incapaz de salir de allí. Generalmente, cuando ocurre esa situación en la que una mujer está metida en la prostitución, el cómo se encuentra esa persona es muy dura y a veces consume alcohol, psicofármacos, cocaína..., para poder afrontar el día a día. Entonces, es la pescadilla que se muerde la cola.

Hay una parte de la prostitución que está unida a consumir drogas, porque a veces hay vasos comunicantes entre los grupos que llevan la prostitución y que llevan también tráfico de drogas. Y, por otro lado, la situación en el que están muchas mujeres, en una prostitución muy complicada en la que te tienen controlada por todos los medios y el tomar alcohol, psicofármacos, cocaína..., es una quita penas entre comillas para sobrellevar el día a día.

P: ¿Qué trastornos o patologías suelen ser más habitual que presenten las mujeres con consumos problemáticos? (por ejemplo, la existencia de una patología dual).

R: Hay una serie de cuestiones muy preocupantes, las mujeres suelen presentar una gran prevalencia de depresión y luego, también, hay un proceso en el que, sobre todo cuando

se tienen hijos, el no poder darles la atención como quisieran, el reproche social que hay. Generalmente, el sector de gente que llega a la drogodependencia es después de un proceso de mucho, mucho sufrimiento personal. Es una constante, es un sufrimiento que muchas veces te incapacita para tomar decisiones determinadas que te van condicionando cada vez más la vida, por eso es muy importante tener apoyo social y familiar.

Es verdad que un porcentaje grande de mujeres drogodependientes suelen tener otro diagnóstico de salud mental. No es lo mismo un trastorno leve de personalidad que una psicopatía. Te dirán los profesionales de salud, que ante estas situaciones se complican más las cosas porque cómo incide una cuestión en otra. Luego, la situación de drogodependencia da lugar a ser menos responsable con tomar la medicación, de no tener hábitos saludables, que condicionan todo el proceso. Pero si es verdad que existe un sector que está en una situación de patología dual.

P: ¿Qué dificultades crees que se encuentran las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias?

R: Primero, hay una diferencia sustancial entre hombres y mujeres. Es decir, como hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres en la inmensa mayoría de las drogodependencias, hasta hace poco era café para todo, pero sobre todo pensando en los hombres y no se tenía en cuenta las peculiaridades que tenían las mujeres. Por ejemplo, muchas veces un hombre cuando tiene una dependencia y ha asumido esa cuestión puede ir a una alternativa terapéutica ya sea pública o privada, pero en el caso de una mujer que sea madre lo tiene muy complicado. Generalmente, si hay pareja de por medio, los hombres que están en comunidad terapéutica, las mujeres se encargan de los hijos, pero si es al revés no siempre suele ocurrir así con lo cual hay una situación de con quién yo dejo a mis hijos, y no hay en este momento muchas alternativas terapéuticas en ese sentido, no todas las alternativas permiten ir a la comunidad terapéutica con los hijos. Con lo cual esto es un hándicap importante.

Luego, también, hay pisos para casos de violencia de género y hay para drogodependencia, pero si tienes las dos cosas prácticamente no hay y si hay es muy limitado, te suelen decir primero supera la drogodependencia y luego ven al piso de mujeres maltratadas. También, se da que una mujer que vaya a un piso de violencia de

género y que tenga una drogodependencia, haya profesionales que piensen que estas mujeres pueden alterar el ritmo de la vivienda.

P: ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de las mujeres? ¿A qué lo atribuyes?

R: La práctica dice por un lado que históricamente siempre ha habido más hombres que mujeres. Entonces, cada vez es más importante hacer estructuras o centros teniendo en cuenta la realidad de las mujeres, es decir, teniendo en cuenta que pueden ser madres, trabajadoras, etc., y no solamente pensar en la estructura de los hombres. Muchas veces las alternativas que hay están pensadas más para los hombres que para las mujeres.

Entonces Xabier me estás diciendo, **¿qué los programas de tratamiento de adicciones se hacen desde una perspectiva masculinizada?** En general sí. Ahora, la perspectiva de género se está teniendo más en cuenta por las peculiaridades que tienen.

P: ¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de que tipo?

R: La primera, es el tema de los hijos (¿con quién los dejo?). Luego, las responsabilidades de casa y de la familia no se comparten con el hombre, y hay un sector importante de mujeres que está en paro y que es ama de casa. Esto último supone a veces una mayor frustración en la mujer. La desigualdad real existente entre hombres y mujeres generan unas sinergias que te pone bajo una igualdad teórica que te pone más dificultades en la práctica a la mitad de la población por el hecho de ser mujer.

P: ¿Crees que hay que separar el tratamiento de hombres y mujeres, y realizar un tratamiento diferencial? ¿Por qué? En su caso, ¿qué aspectos se trabajarían de forma específica?

R: Yo creo que no es tanto separarlo, es decir hay una parte que va a ser común pero luego hay que responder a las peculiaridades de la persona que tienes enfrente. No tanto es separar, hay diferentes terapias que en un porcentaje van a coincidir, pero luego es responder a las peculiaridades que pueda tener la mujer en determinadas cuestiones.

Pero, Xabier he leído en diferentes estudios que cuando están en terapias de grupos mixtos a las mujeres, como en esas terapias hay mayoría de hombres, les cuesta más expresar las situaciones por las que han pasado, se sienten más incómodas, incomprendidas, estigmatizadas, rechazadas, etc., **¿entonces eso no sería un hándicap para realizar un tratamiento adecuado y eficaz?** Sí, cuesta más, es más complicado, pero desde los programas terapéuticos tienen que ver los pros y contras, es decir más que lo teórico habría que analizar si estas personas en este contexto son convenientes o no que haya esa desigualdad en el grupo. No cabe duda, que, desde alcohólicos anónimos, proyecto hombre, Agipad..., trabajan con hombres y mujeres, pero hay que ver si es positivo o no hacer grupos mixtos. No cabe duda, que en algunos momentos un desequilibrio entre hombres y mujeres no puede ser lo más oportuno.

En un tratamiento específico para ellas, es muy importante trabajar el empoderamiento, es decir, muchas veces la mujer drogodependiente por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra se siente una porquería, se siente que no vale para nada, etc., es decir, es necesario sacar todo lo positivo de estas mujeres para que puedan vivir con dignidad la vida. Se debe trabajar la autoestima, la sexualidad, etc.

P: ¿Consideras necesario incorporar la perspectiva de género en el campo de las adicciones? ¿Por qué?

R: Es fundamental, es decir, primero hay que ver que parte de esos consumos tienen que ver con la cuestión género, con la desigualdad que hay en la sociedad entre hombres y mujeres. La mujer mete muchas más horas en casa que el hombre, en el trabajo no tiene el mismo salario..., todo ello crea unas desigualdades que crean malestares. Desde esa perspectiva yo creo que es fundamental, se están dando paso, pero todavía se tiene que dar mucho más.

T3. YOLANDA ANGUERA: Técnica en psicoterapia en la asociación AERGI
(entrevistada el 24 de abril de 2018)

P: Antes de adentrarnos en materia me gustaría conocer que experiencia tiene usted en el campo de las drogodependencias.

R: Bueno yo tengo un máster hecho en drogodependencias, luego también he hecho cursos de técnicos para intervención con personas con problemas de adicciones. En esta asociación, yo hago terapias y llevo las terapias de familiares.

P: ¿Qué es la asociación AERGI?

R: Bueno un poco lo que dice el nombre, una asociación de alcohólicos y adictos en rehabilitación de Guipúzcoa, esta asociación fue creada hace 6 años. En esta asociación, principalmente, nos parece fundamental que las personas que llegan se identifiquen, encuentren su identidad ya que son personas que no saben muy bien lo que les está pasando, vienen muy perdidas y perdidos.

P: Ahora bien, a lo largo de la historia en el campo de las adicciones ha habido una gran invisibilización de la mujer drogodependiente. ¿Por qué?

R: Se debe fundamentalmente al estigma, no es lo mismo ver a una mujer consumir que a un hombre, mejor dicho, no es lo mismo ver a una mujer borracha o colocada o jugando a las máquinas que a un hombre, ellas producen más rechazo.

P: ¿Le parece que el consumo de drogas en mujeres está en aumento? ¿A qué se debe?

R: Bueno en general sí, en los adolescentes se está empezando a igualar el consumo. Históricamente, tanto el alcohol como en otras drogas la mujer ha hecho un consumo más privado y más medicado. Entonces, como han hecho un consumo más escondido han pasado muchos años, más que en el caso de los hombres y, claro, se han hecho mucho más daño interiormente.

P: ¿Crees que hay características diferentes, o que afectan de diferente manera a hombres y mujeres? (características biológicas, psicológicas, sociales, etc.).

R: Si, a todos los niveles tanto al físico como al emocional. Biológicamente, la misma cantidad que beba un hombre afecta de manera diferente a la mujer, tenemos unas enzimas que hace que orgánicamente metabolizamos de otra manera el alcohol. Es decir, orgánicamente las sustancias influyen de manera diferente por el peso, por las cuestiones físicas, etc. Emocionalmente, las mujeres con consumos problemáticos suelen estar más rotas que los hombres. Cuando vienen a rehabilitación vienen solas, destruidas y sobre ellas pesa un mayor estigma social.

P: ¿Notas alguna diferencia en la percepción social, en la representación social ante la adicción femenina y masculina? (por ejemplo, la estigmatización, aislamiento, etc.).

R: Totalmente, a las mujeres con problemas de adicciones se las tacha de malas madres, de sucias, de fáciles, viciosa, todo lo que se dice es peyorativo. Sobre las mujeres existe una mayor estigmatización y reproche social que en el hombre consumidor. Si un hombre consume no está tan mal visto, pero si una mujer lo hace es una sucia.

P: ¿Es cierto, que las mujeres con consumos problemáticos sufren mayor vulnerabilidad de sufrir violencia física o psicológica (maltrato en la pareja, abusos sexuales, etc.)?

R: Total, las mujeres que acuden a rehabilitación muchas de ellas han sufrido malos tratos en la infancia, cuando han estado en activo, en la pareja. Se observa un elevado porcentaje de mujeres con maltrato, con abuso sexual, etc. Todo, ello es un factor de riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias.

La violencia de género, es un detonante para que las mujeres se inicien en el consumo para poder llevar esa situación.

P: ¿Existe relación entre el consumo de drogas en el colectivo femenino y la prostitución?

R: Si, algunas mujeres con consumos problemáticos se inician en la prostitución para pagar las sustancias, otras mujeres que trabajan en la prostitución se inician en el consumo para soportar todo lo que conlleva ese trabajo.

P: ¿Qué trastornos o patologías suelen ser más habituales que presenten las mujeres con consumos problemáticos? (por ejemplo, la existencia de una patología dual).

R: Las mujeres drogodependientes suelen presentar alta prevalencia, principalmente, de depresión, ansiedad, estrés.

P: ¿Qué dificultades crees que se encuentran las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias?

R: La familia es la principal dificultad, date cuenta que una mujer con pareja dificulta mucho la rehabilitación ya que éste no ayuda a su rehabilitación. Además, las mujeres tienen miedo de perder a su pareja consumidora si se inician en el tratamiento. Imagínate 2/3 de las mujeres se marchan de la rehabilitación por ese tema, por la presión que tienen en casa. La mujer que se rehabilita es una heroína.

Si el familiar no está en una rehabilitación paralela con el usuario, con la mujer en este caso es muy difícil. Los hombres cuando acuden a tratamiento lo hacen acompañados de su mujer, de su madre. A la mujer nadie la suele acompañar.

P: ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de las mujeres? ¿A qué lo atribuyes?

R: Si, las mujeres demandan menos tratamiento que los hombres y en eso tiene una gran influencia el estigma que recae sobre ellas. Es decir, existe una doble estigmatización por el hecho de ser mujer y por ser consumidora. Como te he dicho anteriormente, a la mujer se la califica de viciosa, de mujer de la mala vida, etc.

P: Yolanda, ¿cuáles son las motivaciones que conducen a la mujer a iniciarse en el consumo?

R: El sufrimiento, la culpa, la vergüenza, la soledad. Las mujeres drogodependientes se consideran malas madres, malas personas, nos sentimos fracasadas, etc. Cuando solicitan ayuda están muy deterioradas y llegan con historias muy complicadas.

P: ¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de qué tipo?

R: Si, las mujeres tienen mayores responsabilidades (cuidado de los hijos, cuidado del hogar, del marido, etc.) que los hombres, ese es un impedimento muy grande. Además, las mujeres asumen que tienen más obligaciones que los hombres, de modo que si tienen cargas familiares como son los hijos les es más difícil acceder al tratamiento. Los hombres, por lo general, no llegan con la presión que llegan las mujeres (por ejemplo, los hijos los tienen las madres de los hijos o las abuelas).

Cuando la mujer drogodependiente tiene una pareja también consumidora, las mujeres no acuden a tratamiento si no lo hace la pareja.

P: ¿Es cierto que los programas de tratamiento de adicciones se hacen desde una perspectiva masculinizada?

R: Sí, los recursos están adaptados para atender a una población mayoritariamente masculina, y el enfoque de género se ha obviado, no se ha tenido en cuenta ni en la creación ni en el diseño de los recursos asistenciales.

P: ¿Crees que hay que separar el tratamiento de hombres y mujeres, y realizar un tratamiento diferencial? ¿Por qué? En su caso, ¿qué aspectos se trabajarían de forma específica?

R: Estaría muy bien, nosotros en esta asociación no tenemos, lo único que cuando ellas quieren hablar sobre un tema concreto pues nos lo pueden contar, pero no tenemos un tratamiento específico como tal.

Es evidente que las diferencias de género existen, no se puede negar una realidad, y en los tratamientos hay que tener en cuenta esas diferencias. Hoy en día, los recursos que hay para las mujeres son menores que los que hay para los hombres, incluso muchos de los recursos son sólo para ellos. Las mujeres lo tienen más complicado en todos los sentidos.

No sé si se debe realizar un tratamiento específico concretamente pero sí está claro que se debe atender de manera específica determinadas cuestiones como son la prostitución, la violencia, los abusos, el maltrato, la sexualidad, etc.

También, considero que deberían los profesionales tener más formación en género, ya que es necesario normalizar el hecho de que las diferencias de género existen.

P: ¿Consideras necesario incorporar la perspectiva de género en el campo de las adicciones? ¿Por qué?

R: Sí estaría muy bien, a nivel médico, sobre todo, las mujeres sentimos de otra manera, nuestra percepción es diferente, tenemos unos temas que son diferentes a los de ellos.

T4. LURDES ORTIGOSA: Psicóloga clínica de la asociación AGIPAD (entrevistada el 30 de abril de 2018)

P: Antes de adentrarnos en materia me gustaría conocer que experiencia tiene usted en el campo de las drogodependencias.

R: Yo estudié en la autónoma de Barcelona en los años 80, eran años muy duros en lo que tiene que ver con el consumo de drogas. En los años 80 irrumpieron en los espacios sociales, familiares, etc., eran consumos muy virulentos sobre todo respecto a la heroína que era el causante de una gran cantidad de problemas sociales y familiares. Esto pilló a la sociedad desprovista de herramientas, recursos, no había habido antes una preparación. Bueno, entonces cuando acabé en la autónoma, por todo mi ambiente de “sexo, droga y rock and roll” de la época decidí interesarme por el tema del tratamiento y acercarme al mundo de la problemática social del consumo de drogas. Entonces empecé hacer formación específica en drogodependencias en Barcelona.

Más tarde, regrese a mi ciudad natal, Donostia, y aquí los recursos eran muy escasos, tan escasos como que no había prácticamente nada, únicamente había profesionales que se interesaban por el tema de las drogodependencias a título personal. No existía una red de salud mental. Entonces, luego estaba una asociación de padres y madres de afectados en su día por problemas que tenían que ver con el consumo de heroína de sus hijos que empezó a tener una respuesta desde cruz roja y así fue un poco como surgió AGIPAD.

AGIPAD se formó a finales de los 70 y principios de los 80. En un principio, esta asociación estaba al abrigo de la cruz roja pero luego ya en los 80 empieza la asociación a moverse, abrir su propio local y a crear su propia comunidad terapéutica dirigida a personas con problemas de drogodependencia.

La drogodependencia entonces, era una drogodependencia ligada a drogas no institucionalizadas mayoritariamente opiáceos, concretamente heroína. Entonces, en esos momentos a nivel ambulatorio no había, de modo que empecé hacer atención ambulatoria por mi cuenta y a formarme en psicoterapia y terapia familiar. Todo lo que era la formación relacional me venía muy bien para realizar mi trabajo, empecé a montar talleres, etc. También hice un curso de socio- drama (técnica que sirve para trabajar con

población en riesgo de consumo, en espacios naturales de las personas) y a través de ese curso me encontré con personas que compartían conmigo aspectos de la prevención, intereses y demás y montamos un equipo de prevención de drogodependencias.

Bueno entonces en los 80 lo que tenía AGIPAD era la comunidad terapéutica y una pequeña oferta de servicio ambulatorio y luego el equipo de prevención. Bueno, AGIPAD significa Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas. Entonces nosotros trabajábamos en colaboración con los centros de salud mental y ambulatoriamente yo vengo trabajando desde los años 80 y el desarrollo ha sido ir a más: equipo de prevención, tratamiento ambulatorio, comunidad terapéutica. Entonces, como vas viendo AGIPAD va creciendo y se va desplegando y nos vamos adaptando a la demanda que va cambiando hasta llegar a la situación actual, en este momento en AGIPAD estamos varios servicios y trabajamos en la cárcel también.

A día de hoy, en el tratamiento ambulatorio estamos cuatro psicólogos clínicos atendiendo a la población que vemos, que va desde adolescentes hasta personas sin límite de edad. Si atendemos al tipo de sustancias, las drogas más representadas en el servicio serían cannabis y alcohol, es decir la heroína es residual, por cocaína algo más. En los 80 fue la heroína, luego la cocaína y después viene siendo el cannabis y el alcohol.

De unos años para aquí nuestro interés han sido las mujeres, las mujeres para nosotras han sido siempre unas personas que requerían un cuidado especial ya que se tienen que atender a las necesidades de su condición de mujeres y que en lo que es la atención general venían siendo expulsadas. Es decir, el sistema de atención, yo lo que he visto, más que acoger y atraer era repulsivo porque no tenía en cuenta las características y las condiciones de vida de la mujer. En este sentido, aquí la comunidad terapéutica siempre han sido servicios muy masculinizados en el aspecto de que el 80% o incluso más han sido siempre hombres, es decir la presencia de mujeres en la comunidad terapéutica ha sido muy escasa. Es decir, el hombre está mucho más visibilizado porque siempre ha sido mucho más activo en cuanto al consumo. Incluso en los 80 había heroinómanas, pero eran mujeres que estaban siempre en pareja o muy dependiente de los hombres consumidos con los que estaban y bueno, se han creado recursos de atención que respondían más a las necesidades de los hombres y no a las necesidades de las mujeres. De hecho, en EUSKADI, que yo sepa, no hay ningún recurso que sea específico de atención a las

mujeres, las comunidades terapéuticas han sido comunidades mixtas pero la representación de mujeres era irrisoria.

P: Ahora bien, a lo largo de la historia en el campo de las adicciones ha habido una gran invisibilización de la mujer drogodependiente. ¿Por qué?

R: Las mujeres están invisibilizadas por el estigma que cae sobre ellas y porque la condición de mujer nos hace estar en una posición de desigualdad en la sociedad. Entonces, las mujeres que consumen drogas sobre ellas caen todos los prejuicios sociales. Esto ha conducido a que las mujeres consumas drogas en un ámbito privado, no son mujeres que están visibles en los espacios públicos, de ahí que la presencia en los servicios de tratamiento haya sido escasa y cuando llegan están muy deterioradas a todos los niveles.

Lurdes por lo que me dices no se conoce la cantidad de mujeres que consumen, **¿o sea que existe una gran cifra negra?** Efectivamente, si vas a los estudios de consumo epidemiológicos te dan datos, pero hay muchas mujeres que solo llegan a los servicios de atención primaria, entonces de esas personas no se sabe. En nuestro servicio hemos trabajado con mujeres y de lo que nos hemos dado cuenta es que ha aumentado el número de mujeres que solicitan ayuda en comparación con años anteriores. Esto significa que las estadísticas de mujeres que consumen alcohol y otras drogas no son reales, quizás cada vez se hagan mejor pero no son reales. Incluso, en nuestro servicio solemos hacer comparaciones con otros para saber si ha aumentado el número de mujeres y lo que nos dimos cuenta es que en nuestro centro sí, pero en los otros no. Esto era debido a que nosotros tomamos en cuenta una serie de medidas como son que no haya listas de espera para ellas (se atendían inmediatamente) y luego también tenemos una conexión y difusión con los centros de atención primaria.

Desde hace unos años, hemos creado en esta entidad una comisión para trabajar la igualdad. En esa comisión participó y estamos poniendo en marcha el foco en la necesidad de formación para todo el equipo, para todos los recursos humanos de AGIPAD.

P: ¿Le parece que el consumo de drogas en mujeres está en aumento? ¿A qué se debe?

R: El consumo en algunas drogas ha aumentado como consecuencia de que la mujer no está en su casa, las mujeres participamos en muchos más espacios públicos. Entonces, el consumo de tabaco ha aumentado en las mujeres, el consumo de alcohol también, es decir la participación de la mujer en el ámbito público ha conllevado que los consumos puedan pasar de ser uso, a abuso y a tener una adicción en muchos casos.

A veces vemos que en las mujeres adictas las condiciones de vida han sido tan terribles desde el punto de vista traumático y de recorrido de su historia de vida que han propiciado el que hayan podido hacer uso de drogas como algo paliativo y auto-terapéutico, para poder ir tirando con todas sus condiciones y aspectos personales que llevan en su mochila. Entonces, pienso que ha aumentado sobre todo en drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco y psicofármacos) y en el resto de drogas no veo que hayan aumentado excesivamente. Por ejemplo, en esta asociación hay un 65% de hombres con problemas de alcohol y un 45% de mujeres y antes estas últimas no llegaban ni al 10%.

P: ¿Crees que hay características diferentes, o que afectan de diferente manera a hombres y mujeres? (características biológicas, psicológicas, sociales, etc.).

R: Por supuesto, a las mujeres les afecta mucho más el consumo a todos los niveles. Biológicamente, a las mujeres con menos cantidad de alcohol les afecta más que al hombre porque nuestro metabolismo es más lento, etc. Psicológicamente, las mujeres cuando solicitan ayuda son porque están destruidas y han agotado todos los posibles recursos anteriores. Socialmente, el estigma que sufren es grandísimo, el consumo femenino tiene una mayor penalización social y del entorno que el del hombre.

P: ¿Notas alguna diferencia en la percepción social, en la representación social ante la adicción femenina y masculina? (por ejemplo, la estigmatización, aislamiento, etc.).

R: Por supuesto, las mujeres sufren una mayor estigmatización y está mucho más castigado el consumo problemático de drogas por parte de las mujeres que el de los

hombres. Esta estigmatización, rechazo, asilamiento se incrementa cuando la mujer adicta es madre.

P: ¿Es cierto, que las mujeres con consumos problemáticos sufren mayor vulnerabilidad de sufrir violencia física o psicológica (maltrato en la pareja, abusos sexuales, etc.)?

R: Si, fijate la cantidad de mujeres que tratamos aquí que tienen antecedentes de abuso, de violencia de género es altísima, te estoy hablando del 70%. En este sentido, muchas de las mujeres con consumos problemáticos han padecido violencia, abusos y demás. Muchas de ellas, consumen como respuesta auto-terapéutica paliativa a través del consumo.

P: ¿Existe relación entre el consumo de drogas en el colectivo femenino y la prostitución?

R: Las condiciones de sometimiento, en general, los contextos de prostitución son lo contrario a los derechos de la mujer. Con lo cual teniendo en cuenta un poco la historia preveía hasta llegar a la prostitución, se entendería que las dificultades que les atraviesan a estas mujeres son problemáticas y que tienen que ver con la construcción social de la mujer, con las condiciones de vida carencial y negligente que han tenido, etc.

Lo que, si es cierto, es que en los prostíbulos es muy fácil que haya obligatoriedad de iniciar las relaciones con los hombres con el alcohol, es decir vas a conquistar a alguien que va entrar ahí y va a dejar dinero y empiezas ofreciéndole una copa, entonces eso puede ser unas condiciones que pueden avocar en un consumo abusivo. O sea, en ambientes de prostitución se dan todas las condiciones para el abuso.

Las condiciones en las que trabajan, en los prostíbulos están sometidas a muchas exigencias, ahí sí que pasan en su mayoría por tener que consumir para poder ejercer.

P: ¿Qué trastornos o patologías suelen ser más habitual que presenten las mujeres con consumos problemáticos? (por ejemplo, la existencia de una patología dual).

R: Las mujeres con consumos problemáticos suelen tener en su mayoría problemas emocionales (ansiedad, depresión, tristeza, etc.), trastornos límite de personalidad, trastornos en la alimentación. Las mujeres desde el mandato de género que tenemos no estamos tanto en la competencia, estamos más bien en la servidumbre, en el rol de cuidar, de servir al otro y de ser a través del otro (hombre) con lo cual eso genera relaciones de sometimiento, de dependencia emocional importantes que son caldos de cultivo de relaciones maltratantes y tóxicas.

Dentro de lo que es la patología dual, confluyen las adicciones con otros trastornos añadidos pero otros trastornos añadidos que se dan en el tiempo de consumidoras pero que ya, también, antes podían estar.

P: ¿Qué dificultades crees que se encuentran las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias?

R: Yo considero que la pareja de la mujer drogodependiente es el principal causante para que la mujer no deje ese consumo. Es decir, las mujeres con consumos problemáticos suelen tener pareja toxicómana, con lo cual, las mujeres, si éstos no se inician en el tratamiento ellas tampoco lo hacen.

Además, el estigma y el reproche social que recaen sobre ellas originan que no se atrevan a solicitar ayuda por miedo, vergüenza, etc. Asimismo, los hombres suelen venir acompañados por su pareja o algún familiar, en cambio las mujeres mayoritariamente vienen solas, sin apoyo. Las mujeres se encuentran mucho más solas, estigmatizadas, aisladas, etc., hay una diferencia brutal.

P: ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de las mujeres? ¿A qué lo atribuyes?

R: Sí, las mujeres consumen, pero lo hacen menos que los hombres y debido a toda la estigmatización, reproche social y familiar que sufren no llegan a solicitar ayuda a los servicios de atención. Por todo ello, existe poca demanda de tratamiento.

P: ¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de que tipo?

R: Las mujeres que han sufrido abuso, violencia, etc., son personas muy vulnerables para afrontar con autonomía su propia existencia, sobre todo si se las trata solo como toxicómanas y no se trata todos los aspectos que van en el pack. Todo esto puede funcionar como algo que no permite que resuelvan su adicción ya que lo otro es lo que afecta y si no se trabaja acaban en: “la mayoría de mujeres abandonan” “hay muchas recaídas en las mujeres”, etc., eso es algo que se viene diciendo a lo largo de los años. Si no se trabaja con todo lo que hay, y desde el tratamiento se sigue utilizando el mismo esquema confrontativo que puede funcionar con los hombres pero que no con las mujeres. A ellas hay que tratarlas de otra manera, porque normalmente ellas desconfían, tienen un estrés muy alto, carecen del apoyo familiar, etc. Entonces, si la sensibilidad de los profesionales no está con el foco bien puesto en todos los aspectos que se deben tratar con las mujeres provoca que las mujeres no se adhieran al tratamiento. Entonces, una de las mayores dificultades que se encuentran es que los servicios no se adaptan ellas.

Por otra parte, las mujeres carecen del apoyo familiar y social. Y, muchas veces tienen pareja consumidora y esto dificulta el que se inicien y se mantengan en el tratamiento. Además, de la estigmatización que sufren, la cual causa un gran miedo, vergüenza, culpa, etc., en ellas origina que no soliciten ayuda.

Además, si la mujer adicta tiene hijos eso dificulta más su acceso al tratamiento ya que no tienen con quien dejarlos. Es decir, se las estigmatiza por ser mujer y adicta y si son madres se incrementa aún más.

P: ¿Es cierto que los programas de tratamiento de adicciones se hacen desde una perspectiva masculinizada?

R: Si, los programas están diseñados para ellos y eso hace que la mayoría de los programas fracasen con las mujeres, y por ello se deben los abandonos o las recaídas. Los recursos no están preparados, están establecidos para atender a una población masculina y los aspectos de género no se han tenido en cuenta.

P: ¿Crees que hay que separar el tratamiento de hombres y mujeres, y realizar un tratamiento diferencial? ¿Por qué? En su caso, ¿qué aspectos se trabajarían de forma específica?

R: Yo creo que hay que hacer un tratamiento diferencial, en cualquier caso, o sea en todos los casos, aunque puede haber aspectos que se puedan trabajar juntos. Pero, la perspectiva de género tiene que atravesar siempre cualquier intervención programática de los recursos de tratamiento. Es decir, hay aspectos que tienen que ver con la intimidad de las mujeres que, efectivamente, no van a poder tocar si están en grupos con hombres y viceversa, entonces yo estaría más inclinada a hablar de la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en los tratamientos, es decir por parte de los profesionales y en los recursos de tratamiento y de asistencia que no tanto separados o juntos porque yo creo que hay cosas que se deben trabajar conjuntamente y otras que no.

En las mujeres se debe trabajar de forma específica todo el tema de la autoestima, la sexualidad, la construcción de la identidad de las mujeres y todo lo que tiene que ver con los acontecimientos traumáticos en la historia de vida.

P: Lurdes, ¿consideras necesario que las mujeres con consumos problemáticos sean tratadas por una persona del mismo sexo?

R: Sería lo más adecuado, a nosotras en esta asociación nos ha funcionado, no quita para que un hombre atienda a una mujer, siempre y cuando, haya trabajado perspectiva de género y tenga en cuenta todas las cuestiones específicas que ello conlleva.

P: ¿Consideras necesario incorporar la perspectiva de género en el campo de las adicciones? ¿Por qué?

R: Es imprescindible, es contemplar las diferencias sociales, la construcción social de la mujer y del hombre. Yo creo que ya la perspectiva de género tiene que darse en todos los servicios, en todas las profesiones y en todos los profesionales. Eso tiene que llegar educativamente desde las aulas, en las familias y desde la política, económica y socialmente. Yo, la perspectiva de género, la considero imprescindible para trabajar en cualquier profesión, pero más en la clínica, en drogodependencias es fundamental.