



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL  
CONSUMO  
DE SUSTANCIAS**

**Autor/a:** Regina Royuela García

**Director/a:** Belén Charro Baena

**Madrid**  
2018/2019

# INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1.Salud y género.....	3
1.2.Consumo de sustancias en España.....	4
1.3.Relación entre género y consumo de sustancias.....	5
<b>2. INFLUENCIA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES</b> .....	7
<b>3. TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN SOCIAL</b> .....	10
3.1 Barreras con las que se encuentran las mujeres para recibir tratamiento.....	11
3.2. Programas .....	13
<b>4. ADOLESCENTES Y CONSUMO DE DROGAS</b> .....	16
<b>5. PREVENCIÓN</b> .....	19
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	21
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	24

## **1. INTRODUCCIÓN**

Para poder sumergirnos en el estudio científico de la influencia del género en el consumo de sustancias, es conveniente empezar señalando la repercusión del consumo nocivo a nivel sanitario, nacional y con relación al constructo género.

### **1.1. Salud y género**

Durante los últimos años, empiezan a surgir estudios que ponen de relieve la importancia de incluir la perspectiva de género en lo referido a cuestiones de salud.

Aproximadamente hasta el siglo XX, la mayoría de estudios en el campo de la salud, utilizaban al género masculino como modelo/patrón para sus investigaciones (García-Calvente, Ruiz-Cantero, Río-Lozano, Borrell y López-Sancho, 2015).

A pesar de que en 2007 en España se aprobó la Ley de Igualdad de Género, promoviendo una mayor equidad, en el ámbito de la sanidad, continúan siendo notorias las barreras que dificultan la superación de las cuestiones de género.

Son varios los estudios científicos que ponen de manifiesto que el sistema sanitario no es igualitario en hombres y mujeres, en términos de oportunidades y de recursos estando las mujeres más desprotegidas (Borrell, García-Calvente y Boscá, 2004). Dichas diferencias vienen determinadas/influidas, por un lado, por factores biológicos y, por otro lado, por las repercusiones intrínsecas a la desigualdad de género (García Vega, 2011; Artazconz, 2004).

Sin embargo, parece ser que son ellas las que acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, mientras que los hombres lo hacen en menor medida y de manera más tardía (Artiles Visbal, 2002).

Una de las posibles explicaciones ante la diversidad comentada en lo referido a la salud, puede tener su origen en la concepción tradicional de los roles de género. Estas diferencias entre mujeres y hombres extendidas tanto en la cultura como en la sociedad, también tienen su peso en los servicios sanitarios. Es por ello por lo que las actuaciones, así como las respuestas dadas a los pacientes por parte de los médicos han sido muy

disparos en función de si los usuarios eran hombres o mujeres (Artazcoz, Chilet, Escartín y Fernández, 2018).

A pesar de que se está tratando de poner medidas para paliar las diferencias de género en los programas sanitarios, las políticas encargadas de afrontar este tema y minimizar dichas desigualdades, no lo contemplan adecuadamente (Artazcoz et al., 2018).

Es por ello, por lo que se hace necesario el reconocimiento, por parte de los gobiernos, de estas diferencias para poder atender a las necesidades de hombres y mujeres de una manera diferente conociendo así las barreras y obstáculos que pueden tener unos y otros, para, entre otras cosas, poder mejorar los resultados en las intervenciones (García Vega, 2011; Artazcoz et al., 2018).

## 1.2. Consumo de sustancias en España

El consumo de sustancias nocivas ha sido en las últimas décadas, uno de los temas más influyentes en nuestra sociedad. Según el Informe Europeo sobre Drogas 2018, continúa siendo elevado el número de muertes por sobredosis en Europa. Las consecuencias sociales que esto conlleva son uno de los principales problemas en el panorama europeo en los últimos tiempos (Mendoza Bermejo, Batista Foguet, Sánchez García y Carrasco González, 1998).

El último informe EDADES de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) 2017-2018, unificado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, delimita que las sustancias más consumidas en el territorio español son: (i) alcohol, (ii) tabaco e (iii) hipnosedantes. Sin embargo, en lo referido a sustancias ilegales cabría destacar el consumo excesivo de cannabis.

En este sentido, desde un punto de vista de generaciones, son los jóvenes entre 15-17 años los que más consumen cannabis, así como alucinógenos y setas. Mientras que la población comprendida por el rango de edad entre 35 y 64 años son más propensos a consumir hipnosedantes y analgésicos.

Este año es el primero que, adicionalmente, este informe incluye otro tipo de adicciones sin sustancia en el análisis epidemiológico. Concretamente aborda el uso compulsivo a internet, jugar dinero online o de manera presencial y juego patológico y trastorno del

juego. En el informe se analiza cuáles son los rangos de edades que más consumen, así como el porcentaje de consumo en función de hombres y mujeres.

Es importante también tener en cuenta que, según el artículo científico de Salamó Avellaneda, Gras Pérez y Font-Mayolas (2010), la droga que socialmente se percibe como menos peligrosa es el alcohol y, en lo referido a facilidad de acceso de las drogas ilegales, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas afirma que es el cannabis.

La contextualización realizada anteriormente acerca del consumo de drogas en España tiene como fin, no solo reflejar la situación del consumo de sustancias nocivas en el panorama nacional, sino poder a continuación relacionar el mismo con la perspectiva de género.

### 1.3. Relación entre género y consumo de sustancias

Ante el panorama del mundo contemporáneo, en el cual el consumo de sustancias es un tema muy presente en nuestra sociedad, cabe preguntarnos si es el género un prisma desde el cual aproximarse al campo de la drogodependencia.

La última encuesta EDADES realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas 2017-2018, pone de manifiesto que, en los últimos 12 meses, los hombres tienden a abusar más de drogas ilegales, alcohol y tabaco; mientras que, por el contrario, las mujeres consumen más hipnosedantes y analgésicos opioides. Por tanto, ¿hay diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de sustancias? ¿cuáles son los motivos que llevan a unos y otros a consumir? ¿es preciso establecer tratamientos diferenciados por sexos?

Ante estos interrogantes, podemos plantear la hipótesis de que el componente de género podría tener una influencia considerable en la aproximación a la drogodependencia.

Sensibilizarnos hacia el tema, y llegar a entender qué repercusiones pudieran tener las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, sería crucial para poder enfocar de una manera eficaz y práctica las intervenciones por parte de los profesionales, así como las campañas de prevención.

Además, prestar especial atención a esta variable, igualaría a España al contexto internacional, en donde, desde los años ochenta, el constructo género ha sido un componente muy estudiado y tenido en cuenta a la hora de dirigir los tratamientos por abuso de sustancias (Meneses y Charro, 2014).

Si nuestras hipótesis se corroborasen, se pondría de manifiesto la necesidad de que los expertos incluyesen la mirada de género a la hora de abordar los problemas de drogodependencia.

De acuerdo con lo expuesto, la finalidad del trabajo propuesto es analizar el consumo de sustancias desde la perspectiva de género. El interés mostrado para realizar un estudio en esta línea de investigación surge a raíz de la actualidad tanto del tema del consumo como del auge de las reivindicaciones de género. Para ello, realizaré una revisión científica y bibliográfica con toda la literatura existente acerca del asunto en cuestión.

Por ello, se plantean como principales objetivos:

- ✓ En primer lugar, analizar la influencia del género en el estudio de las adicciones.
- ✓ En segundo lugar, estudiar y describir las diferencias de género que se pudieran encontrar en el tipo de tratamiento empleado, así como su posible éxito en la reinserción social del adicto.
- ✓ En tercer lugar, se pretende analizar específicamente la influencia de género en la etapa adolescente.
- ✓ Y, finalmente se analizarán los programas sobre prevención en adicciones.

## **2. INFLUENCIA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ESTUDIO DE LAS ADICCIONES**

El colectivo drogodependiente se ha concebido, hasta hace poco tiempo, como una globalidad homogénea, que no contemplaba la especificidad que se derivan de las cuestiones de género (Blanco Zamora, Sirvent Ruiz y Palacios Ajuria, 2005).

Así mismo, el género masculino ha sido el más estudiado en las investigaciones acerca de drogodependencia, mientras que el femenino ha quedado ignorado o en un segundo plano.

Es a partir de finales de los años setenta y principios de los ochenta, cuando se despierta esporádicamente el interés por investigar el consumo en el colectivo femenino (Romo Avilés, 2010). En los últimos tiempos, la drogadicción femenina ha dejado de ser vista, por parte de los profesionales, como un fenómeno extraño y de estar en segundo plano ha pasado a ser una un nuevo motivo de preocupación y análisis (Blanco Zamora et al., 2005).

Como se ha señalado en la introducción, el Informe EDADES de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas 2017-2018 dependiendo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social plantea que los hombres tienden a consumir en mayor medida alcohol, tabaco y drogas ilegales y que, por el contrario, son las mujeres las que consumen más hipnosedantes y analgésicos opioides.

Si atendemos a estas mismas sustancias en términos de porcentajes; los hombres experimentan un consumo de alcohol del 81,3% frente a un 69,2% en las mujeres. En lo referido al tabaco señalar el 46% en hombres y un 35,8% en mujeres. El consumo de cannabis se da también con mayor medida entre los hombres (15,4%) que entre las mujeres (6,6%).

En lo referido al consumo de hipnosedantes cabe hacer una distinción en función de si su consumo se hace con receta, en cuyo caso los hombres consumen en un 8,1% frente al 14,1% en las mujeres. Si se consume sin receta, destaca un 1,2% entre los hombres frente a un 1,4% en las mujeres.

Finamente el consumo de analgésicos en los hombres es de un 5,9% mientras que en el de las mujeres, es superior con un porcentaje 7,4% (Informe EDADES de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2017-2018).

Lo anteriormente expuesto invita a reflexionar acerca de los motivos que hacen que en el consumo de sustancias se tenga que tener presente la variable género.

En primer lugar, la diferencia por sexo responde innegablemente, a cuestiones biológicas. En este sentido la metabolización de las sustancias es diferente en hombres y en mujeres. Por ejemplo, ante la ingesta de la misma cantidad de alcohol, los hombres eliminan un porcentaje mayor que las mujeres (10%) mientras que ellas acumulan más sustancia (Bríñez-Horta, 2001), y tienen una metabolización más lenta (Monras Arnau, 2010). Además, ante el consumo de la misma cantidad, las mujeres obtienen una concentración de alcohol en sangre más elevada a la de los hombres (Brandy y Ashley, 2005).

Por otra parte, tal y como se señala en el artículo científico de Díaz Mesa, García-Portilla, Fernández-Artamendi, Sáiz, Bobes Bascarán, Casares, Fonseca, Al-Halabi, Bobes (2016) es preciso resaltar que, a pesar de que las cantidades ingeridas por las mujeres suelen ser inferiores a las de los hombres, el avance de la adicción se presenta de una forma más grave y acelerada entre las mismas (fenómeno conocido como *telescoping*).

En segundo lugar, desde un punto de vista sociológico, una de las posibles explicaciones sobre la diferente percepción que se tiene sobre la mujer consumidora en comparación con el hombre drogodependiente, se debe a la concepción social negativa sobre la mujer adicta.

El consumo de cualquier sustancia por parte del colectivo femenino se realiza en general en ambientes privados y se caracteriza por ser un consumo solitario en comparación con el grupo de varones quienes lo realizan públicamente y como acto social (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez y Galván, 2006). Este hecho puede tener su explicación en una concepción socio-cultural tradicional de la mujer. De esta forma cuando una mujer realiza conductas fuera de lo socialmente esperado, marcadas por el rol tradicional femenino, dichas conductas tienden a adquirir un tono negativo/peyorativo y en algunas veces resultan además criminalizadas (Martínez Redondo, 2009).



Por otra parte, en lo referido a conductas violentas o actos transgresores, tendemos a relacionar al grupo masculino con este tipo de actitudes. En el caso de que dicho comportamiento sea cometido por una mujer, aparece un mayor reproche social. Nuevamente todo ello motivado por un estereotipo de mujer diferente a lo esperado (Martínez Redondo, 2009).

En cualquier caso, es la sociedad a través de la cultura y sus normas implícitas la que establece cuáles son las conductas socialmente esperables en un hombre y en una mujer. En este sentido podría decirse que mientras las conductas disruptivas desarrolladas por un hombre no generan gran alarma social, si son desarrolladas por mujeres provoca extrañeza o rechazo (Martínez Redondo, 2009).

El análisis social diferente entre hombres y mujeres trasmite de forma subliminal mensajes a las mujeres que pueden llevarles a cuestionarse si sus comportamientos están en línea con lo que se espera de su género (Martínez Redondo, 2009).

En tercer lugar, desde el punto de vista patológico, cabría señalar que las patologías que se asocian al consumo de sustancias difieren en función del género. En las mujeres prevalecen los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad (Belloso Roper, Giner Gosálbez y López Moreno, 2017) y los trastornos de estrés post-traumático como consecuencia de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Llopis, Castillo, Rebolledo y Stocco, 2005). Por el contrario, los varones suelen presentar más patologías asociadas a los trastornos de personalidad (Belloso Roper et al., 2017).

A parte de la categorización anterior, podemos atender a un estudio más específico de De la Rosa y Otero (2004) sobre tabaquismo en donde podemos ver que existen factores socioculturales que repercuten en el inicio de consumo de tabaco; por un lado, la necesidad de aceptación social teniendo una mayor presión en mujeres que en hombres, por otro lado, la influencia de los padres siendo también mayor en el caso de las mujeres y, finalmente la influencia del grupo de pares que repercute de la misma manera tanto en hombres como en mujeres.

Finalmente, hay que mencionar que son las mujeres las más concienciadas en torno al problema de la drogodependencia, así como las dificultades que derivan de dicho consumo (De la Villa Moral-Jiménez, Ovejero-Bernal, Castro, Rodríguez-Díaz y Sirvent-

Ruiz, 2011; Informe EDADES de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas 2017-2018).

Podemos con todo ello concluir que, a pesar de que la mayoría de la literatura existente hasta el momento sobre el estudio de las adicciones refleja, principalmente, el consumo del grupo masculino, se está haciendo cada vez más evidente la necesidad de ampliar la mirada hacia el campo incluyendo la perspectiva del colectivo femenino. Este hecho poco a poco está calando en la sociedad y en la opinión pública, haciendo que sean varios los estudios que analicen el consumo, teniendo en cuenta las diferencias de género.

### **3. TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN SOCIAL**

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, hay un claro predominio del género masculino en lo que se refiere al consumo de sustancias. Las mujeres drogadictas, en consecuencia, quedan relegadas a un segundo plano. Tal es así, que la mayoría de los recursos asistenciales están orientados al colectivo masculino, lo que conduce a una ausencia en modelos de tratamientos adecuados para las demandas femeninas (Castaños, Menesses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007).

Sin embargo, en los últimos años las diferencias señaladas en el consumo entre hombres y mujeres se han reduciendo. La nueva visibilización del colectivo femenino en el mundo de las adicciones hace que se encienda una alarma en los profesionales. En este sentido, el tipo de tratamiento que se ofrece pasa a ser un elemento fundamental (Blanco Zamora, Sirvent Ruiz y Palacios Ajuria, 2005).

A pesar de la nueva sensibilización hacia el tema, todavía se perciben diferencias en cuanto al tratamiento con mujeres y su éxito (García del Castillo, 2005).

Si nos referimos a el tratamiento que se imparte según las diferentes sustancias: el porcentaje de hombres que reciben tratamiento por consumo de cannabis está en un 84% frente a un 16% en las mujeres. En lo referido a la cocaína, los hombres reciben tratamiento en un 86% en comparación con un 14% en las mujeres. La prevalencia de heroína es de un 86% en los hombres y un 14% de las mujeres y, finalmente el tratamiento recibido por consumo de anfetaminas es de un 77% en hombres frente a un 23% en

mujeres (Informe del país sobre drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2017).

### 3.1. Barreras con las que se encuentran las mujeres para recibir tratamiento

Una vez contextualizado las diferencias de género en lo referido a tratamiento, profundizaré en los motivos por los cuales escasea la presencia de mujeres en programas asistenciales.

#### ➤ Especialización de los profesionales

Puesto que, hasta hace pocos años los profesionales que trabajaban en este ámbito han estado expuestos mayoritariamente a casos masculinos, ante la presencia de pacientes femeninas se pueden sentir incapaces de gestionar adecuadamente el proceso. Es por ello, por lo que muchas mujeres en tratamiento van a sentirse extrañas en estos contextos, pudiendo repercutir esto, en la escasa presencia de mujeres en tratamiento (Blanco Zamora et al., 2005).

#### ➤ Concepción social negativa de las mujeres drogodependientes

Es la estigmatización de la mujer consumidora ya comentada en el apartado anterior, una de las barreras más importantes en lo referido a la dificultad para el acceso al tratamiento. Como consecuencia de dicho impedimento, muchas mujeres tienen sentimientos de miedo o vergüenza para reconocer su problema de adicción, así como para tomar la decisión de iniciar un tratamiento por desintoxicación, debido a las posibles represalias sociales o judiciales que puede conllevar la decisión, tales como retirada de los hijos, reproches de la pareja, poco apoyo familiar, etiquetas sociales etc... (Blanco Zamora et al., 2005).

Debido al silenciamiento de su consumo y, por ende, a renegar la búsqueda de tratamiento, detectar sus problemas de adicciones se vuelve más complejo (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016 citado en Brady y Ashley, 2005; Rekalde y Vilches, 2005).

Son pocas las mujeres que, a pesar de todas las trabas sociales impuestas, deciden hacer frente a su adicción buscando un tratamiento de desintoxicación. Pero cuando esto ocurre, se encuentran con un mayor estigma frente a los hombres por parte de la sociedad, así

como con escasas ayudas por parte de los familiares.

Queda patente por tanto que la mirada social desde la que se contempla al colectivo de mujeres drogodependientes, difiere mucho de la del grupo masculino; en mayor proporción, se les tiende a culpar y juzgar por su condición de adictas (Martínez Redondo, 2009).

Además, en muchas de las ocasiones, las mujeres acarrearán, junto al consumo de sustancias, una serie de problemas relacionados con factores bio-psico-sociales que dificultan la inclusión/el inicio en el tratamiento (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

➤ Iniciación en el tratamiento

Por otro lado, la forma de acceder a un tratamiento suele ser diferente en función de los sexos; mientras que los varones acuden redirigidos por miembros de la familia o por compañeros de trabajo, las mujeres suelen acudir a recomendación de los asistentes/trabajadores sociales. Así mismo, los varones cuentan con mucho más apoyo familiar y social del que predisponen las mujeres, factor predominante en la sociedad que refleja la cultura patriarcal de la misma. (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016 citado en: Gómez, 2004; Grella, 2008; Sánchez, 2010; Greenfield, Brooke et al., 2007).

➤ Abusos sexuales relacionados con el consumo

En ocasiones el consumo de sustancias por parte de las mujeres, deriva de experiencias traumáticas vividas en la infancia, así como abusos sexuales, o conflictos familiares. Este hecho puede ser en sí mismo, una barrera para acceder al tratamiento (Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco, 2005). Es por ello por lo que la intervención, no debe de ir solo dirigida a tratar el problema del consumo, también ha de ir encaminado a trabajar todos los problemas que conllevan (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). De igual modo, existen investigaciones que afirman que las mujeres cuya pareja es también toxicómana, tiene mayores dificultades para permanecer en un programa de tratamiento (Blanco Zamora et al., 2005). Esto se agrava, en el caso de que el varón ejerza violencia sobre ellas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

➤ Maternidad y crianza de los hijos

Finalmente, no podemos obviar otra de las grandes dificultades con las que se encuentran las mujeres consumidoras que es la maternidad.

La sociedad ha marcado una incompatibilidad entre la maternidad y drogodependencia (Sánchez Pardo, 2012). Las mujeres embarazadas y/o con hijos, se encuentran con la dificultad añadida de que, a menudo, no pueden acudir al tratamiento por tener que cuidar de sus hijos y, debido a que no cuentan con los recursos asistenciales necesarios para su adecuado cuidado, su disponibilidad de tiempo queda limitado. A todo ello debemos sumarle, que muchas de ellas piensan que, si reconocen sus problemas de adicciones, pueden perder la custodia de los niños (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

En definitiva, queda patente que, en la actualidad son muchas las barreras sociales que dificultan a las mujeres a acceder a los tratamientos y de ahí, la abundancia de hombres en los servicios asistenciales.

### 3.2. Programas

A la hora de implementar o diseñar un buen programa para el tratamiento por problemas de adicciones, es necesario tener presentes todas las barreras, así como características que derivan de las cuestiones de género, comentadas anteriormente.

A lo largo de estos últimos años, han ido apareciendo numerosas investigaciones que promueven la necesidad de establecer servicios asistenciales dirigidos exclusivamente a las mujeres. Esto se contrapone a las terapias grupales mixtas, herramienta de trabajado más utilizada por los expertos en el ámbito de las adicciones (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

Con el fin de erradicar las barreras presentes en la sociedad, queda patente la necesidad de crear centros especializados en el género. En este sentido, es preciso advertir que el número de mujeres en los programas de tratamiento es inferior al de hombres, lo que implica más dificultad aún para conseguir grupos de terapia solo de este colectivo (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

Algunos de los estudios promovedores de la creación de tratamientos exclusivos para

mujeres son las siguientes:

La primera investigación a analizar es el estudio de Blanco Zamora et al., (2005) en el que se plantea que, en el trabajo con mujeres, es necesario abordar temáticas tales como:

- (i) La autoestima, puesto que muchas mujeres infravaloran sus habilidades/capacidades.
- (ii) Los malos tratados sufridos por las pacientes consumidoras, puesto que es frecuente la relación entre mujeres consumidoras que reciben abusos por parte de sus parejas.
- (iii) Los trastornos depresivos y problemas afectivos.
- (iv) Suelen tener poca autonomía ligada a sentimientos de inferioridad. Como consecuencia de ello, no toman por sí mismas decisiones importantes en su vida dejando su voluntad relegada a otros.
- (v) Atender al fenómeno de la bi-dependencia que suele aparecer con frecuencia en las mujeres. Consiste en una dependencia a la sustancia que se consume, así como el establecimiento de una dependencia emocional o afectiva con otra persona.
- (vi) Finalmente, se hace necesario que el profesional establezca una buena relación de confianza con la mujer para así poder realizar un trabajo más “emocional”.

Por otro lado, las investigaciones de Ruiz-Olivares y Chulkova (2016) también defensores de la modalidad de trabajo exclusivo con mujeres, resaltan la necesidad de desarrollar estrategias específicas que ayuden a la iniciación de la mujer en los tratamientos tales como ayudas económicas, ayuda en el cuidado de los hijos, ayudas para la formación, así como la búsqueda de trabajo, etc...

Así mismo sostienen que unas de las posibles ventajas que tiene el trabajar de esta manera son: (i) la creación de un clima seguro y de confianza que permita trabajar aspectos o

preocupaciones que tengan las mujeres, y que les resulte complicado manifestar ante la presencia de hombres en el grupo. De igual manera se vela por un espacio libre de prejuicios, y (ii) este tipo de grupos favorecen la reducción de los índices de recaídas.

Con todo ello, podemos presuponer que los profesionales deben intervenir buscando los aspectos motivacionales de las mujeres y evitando técnicas de carácter confrontativas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016 citado en: Calvo, 2004).

Finalmente mencionar el estudio de Grenfield, Cummings, Wigderson y Koro-Ljungberg (2013) en el cual se plantean una serie de ventajas sobre la implementación de este tipo de tratamiento:

En primer lugar, los temas a tratar en terapia de grupo formados exclusivamente por mujeres son diferentes a los temas que aparecen ante la presencia de hombres. Ejemplo de ello pueden ser cuestiones relacionadas con la crianza de los hijos y el sentimiento de responsabilidad que acarrear, o preocupaciones que tienen relacionadas con las parejas.

En segundo lugar, tienen sentimientos de poder sentirse ellas mismas, siendo más honestas y pudiendo hablar sin tener que filtrar información por la presencia de hombres. Así mismo se genera un entorno de respeto y empatía hacia las compañeras.

Además, comparten experiencias similares lo que aúna más al grupo, dando mayor sensación de seguridad y creando un clima de confianza.

Finalmente destacar la existencia de una comunicación más fácil y fluida en ambientes exclusivamente de mujeres.

En conclusión, trabajar todas estas cuestiones (más vinculadas a necesidades femeninas) en un contexto mixto en donde la mayoría de asistentes son varones, resulta muy complicado a nivel de medios (Belloso Roperó, Giner Gosálbez y López Moreno, 2017).

Se debe de tener en cuenta que para poder abordar las barreras que imposibilitan el acceso de las mujeres a los tratamientos de adicciones, es imprescindible la intervención de equipos interdisciplinarios. A mayor abundamiento, esta cuestión no es novedosa, es decir,

la práctica de equipos interdisciplinarios es común, pero se caracteriza por su difícil implementación (Martínez Redondo, 2009).

No cabe duda de que, para poder afrontar de manera eficaz y realizar buenos programas para el tratamiento de mujeres con problemas de drogodependencia, se necesita una mirada holística de la situación (Covington, 2008).

Como dice Martínez Redondo, 2009, p.61, es necesario “*entender que la drogodependencia va más allá de la sustancia*”.

Los objetivos finales que se persiguen con los programas de tratamiento son, en primer lugar, la desintoxicación del paciente y en segundo lugar reinsertarse en la sociedad. Por lo tanto, tras analizar los posibles tratamientos a seguir, es necesario estudiar el grado de éxito en la re inserción social.

Una de las principales consecuencias asociadas al consumo de drogas es la exclusión social, así como la estigmatización del colectivo. Los pacientes pierden apoyos tanto en el entorno familiar, social como laboral (Arranz-López, 2010).

Uno de los posibles motivos que dificultan la re inserción social de los pacientes, se encuentra en el miedo ante una posible recaída en el consumo, la pérdida de competencias sociales y cognitivas y una gran preocupación por ser juzgado socialmente por su condición de adicto (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015).

En concreto, las mujeres manifiestan preocupaciones relacionadas con la incorporación en el ámbito comunitario y familiar, desasosegadas por reanudar su condición de madres (Rodríguez Kuri y Fernández Cáceres, 2014). Es por ello por lo que todas las trabas sociales con las que cuentan las mujeres a la hora de acceder al tratamiento, están también presentes en la fase de re inserción social (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015).

En este sentido, es recomendable realizar un seguimiento de los pacientes, una vez finalizado el tratamiento. Especialmente en el colectivo femenino, en razón de su mayor vulnerabilidad. (Rodríguez, Córdova y Fernández 2015).



#### **4. ADOLESCENTES Y CONSUMO DE DROGAS**

A priori, uno de los colectivos más vulnerables al fenómeno de las adicciones a sustancias, comentado anteriormente, son los adolescentes. En los últimos tiempos, el ocio y la ingesta de sustancias han ido de la mano, lo que ha provocado que se relacione el tiempo libre y el ocio con el consumo de sustancias nocivas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Socialmente encontramos que, el principal problema puede deberse a que el consumo de drogas en los jóvenes, se ha convertido en una conducta culturalmente aceptada y extendida, considerándose así mismo como fase de tránsito para pasar de la niñez a la adultez (Meneses y Charro, 2014), así como un promotor de los procesos de socialización (Oliva, Parra y Sánchez- Queija, 2008).

Además, hay estudios científicos que sostienen que la tasa de consumo entre los jóvenes actuales se ha elevado en un porcentaje bastante alto considerándose, como una de las conductas de riesgo más comunes durante el periodo adolescente (Oliva et al., 2008).

Según el Informe EDADES 2017, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas el inicio del consumo suele darse con sustancias legales como alcohol y tabaco en donde la edad de comiendo oscila en torno a los 16,6 años. En lo referido a sustancias ilegales, es el consumo de cannabis la droga más consumida cuya edad de inicio se encuentra en los 18,4 años.

Como consecuencia a la precocidad en el consumo en los adolescentes, los daños a nivel cerebral que se producen son más perjudiciales e irreparables, debido a que el cerebro aún no se ha desarrollado por completo (Charro Baena, Meneses Falcón y del Cerro Martín, 2012 citado en: De la Rosa y Otero, 2004; Cadaveira, 2009). Además, debido a la etapa evolutiva en la que se encuentran, el consumo resulta ser un grave problema para su salud (Alonso Castillo, Yañez Lozano y Armendáriz García, 2017).

Otro de los factores a tener en cuenta es la influencia de la familia, ya que es una de las principales fuentes de socialización en la etapa adolescentes. La actitud que tomen ante este problema, repercutirá en el desarrollo del consumo de drogas de sus hijos (Barragan, Martos, Simón, Pérez-Fuentes, Molero y Gásquez, 2016). De esta forma pueden adquirir,

a grandes rasgos, dos tipos de posturas:

- Factor de riesgo en el caso de que ejerzan poco control sobre los hijos, así como que exista una falta de límites.
- Factor de protección, si los padres mantienen un control adecuado.

En este sentido, aquellas familias en las que existe una alta tolerancia al consumo y está mayoritariamente aceptado, repercute en los adolescentes aumentando la posibilidad de consumo (Uroz Olivares, Charro Baena, Prieto Úrsua y Meneses Falcón, 2017).

Una vez analizadas las características del tipo de consumo que se da entre los adolescentes de hoy en día, cabe preguntarse si las diferencias encontradas entre hombres y mujeres que repercuten en el consumo, se encuentran también presentes en esta fase evolutiva.

En primer lugar, hay que señalar que el tipo de consumo varía en función del sexo; mientras que los chicos tienden más a consumir drogas ilegales, las chicas consumen en mayor proporción alcohol y tabaco (Charro Baena, Meneses Falcón y del Cerro Martín, 2012).

A grandes rasgos los motivos que por lo general llevan a los adolescentes a consumir, son principalmente la integración en el grupo de pares, así como el consumo como medio de sociabilización con el resto. Pero particularmente, las adolescentes añaden que el consumo de alcohol tiene por finalidad llamar la atención de los chicos, y el consumo de tabaco como actitud de seducción (Charro Baena, Meneses Falcón y del Cerro Martín, 2012).

Por otro lado, también en la figura de los padres podemos ver diferencias respecto al género. La vigilancia por parte de los padres funciona como factor de protección en las chicas adolescentes de distinta manera que respecto a los chicos, lo que conlleva a éstas a una menor posibilidad de inicio del consumo. En conclusión, las chicas adolescentes responden mejor ante la autoridad parental (Pozo Gordaliza, Orte y Vives, 2016).

Uno de los graves problemas con los que se encuentran las mujeres, y en particular las adolescentes, se debe a la equiparación en el nivel de consumo al de los hombres. Biológicamente ellas tienen un organismo más vulnerable a las consecuencias del consumo. Es por ello, por lo que los daños que puede conllevar el tener el mismo patrón de consumo que los hombres, pueden ser mucho más significativos y preocupantes

(Charro Baena, Meneses Falcón y del Cerro Martín, 2012).

Con todo ello y debido a la situación social a la que estamos asistiendo, en la cual es innegable que el inicio en el consumo está ocurriendo cada vez a edades más tempranas y las repercusiones que esto conlleva acarrearán consecuencias en diferentes ámbitos de la vida, se hace necesario determinar cuáles son los posibles factores de riesgo que entran en juego para, de esta manera, poder implementar estrategias de prevención y poder retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas (Calvete y Estévez, 2009).

## **5. PREVENCIÓN**

No podemos obviar que la prevención es una de las prioridades sociales y gubernamentales para combatir el elevado consumo de sustancias. El principal objetivo que se persigue es la reducción del porcentaje de personas que consumen (Hernández Serrano, Espada Sánchez, Piqueras Rodríguez, Orgilés Amorós y García Fernández, 2013) para lo cual es imprescindible el aumento de factores de protección frente a los factores de riesgo.

Además, los programas preventivos son de gran importancia, puesto que las consecuencias que conlleva el consumo de drogas no repercute exclusivamente a nivel individual, tiene también un gran impacto a nivel social, sanitario, así como gubernamental (López y Rogríguez-Arias, 2010).

Para poder elaborar programas eficaces es requisito indispensable que se sustenten sobre una buena base científica, que sean realizados con metodología científica precisa, así como que cuenten con datos epidemiológicos recientes (Gázquez, García y Espada, 2009).

A la hora de hablar de los tipos de prevención que se pueden implementar nos referimos a (Castaño, 2006; Becoña, 2002):

- (i) Prevención universal dirigida a la población de carácter más general en donde destacan los programas dirigidos al terreno escolar, así como familiar.
- (ii) Prevención selectiva. Dentro de la población elegimos un grupo diana más

concreto y específico. Generalmente suelen ser colectivos más vulnerables como adolescentes, mujeres o personas en riesgo de exclusión social.

- (iii) Prevención indicada dirigida a aquella población ya en riesgo que comienzan a experimentar las consecuencias del consumo.

Los tipos de programas preventivos que han demostrado tener una mayor efectividad, son aquellos cuyos contenidos específicos se han centrado, por un lado, en desarrollar herramientas para el entrenamiento en habilidades sociales, por otro lado, los que han ofrecido información fiable sobre los efectos que puede tener el consumo de drogas y también aquellos programas que promueven el ocio alternativo y saludable (Hernández Serrano et al., 2013).

Para conseguir la efectividad en las campañas de prevención, se hace necesario que estén diseñadas para que perduren en el tiempo, se ha de contar con los recursos necesarios que sean imprescindibles para llevar a cabo el proyecto y, además, se ve también de especial importancia que las personas que formen parte de los servicios asistenciales estén coordinadas y que cuenten con una alta colaboración interdisciplinar (Becoña, 2002).

A la hora de establecer un programa de prevención dirigido al colectivo femenino se hace necesario conocer y tener presente todas las diferencias que existen en torno al consumo en comparación con los varones. La manera que tienen de iniciarse el consumo, así como los motivos que les llevan a ello o el transcurso de la adicción, es diferente en mujeres que en hombres. Tener esto presente, ayudará a establecer estrategias de prevención que cubran las necesidades del colectivo femenino (Pozo Gordaliza, Orte, Vives, 2016).

Es por ello por lo que establecer campañas de prevención basándonos exclusivamente en la literatura que conocemos del colectivo varón, va a resultar ineficaz con respecto a las mujeres (Pozo Gordaliza et al., 2016).

Estudios anteriores, aportan evidencias de que, en mujeres, las campañas de prevención que mejores resultados han obtenido son aquellas que se apoyan en el ámbito familiar. Por el contrario, en los hombres son más eficaces aquellos programas de carácter comunitario (López y Rodríguez-Arias, 2010).

## **6. CONCLUSIONES**

El estudio realizado ha tenido por finalidad analizar cuál es la influencia de género en el consumo de sustancias.

La literatura existente en relación al campo de las adicciones ha utilizado como patrón de análisis al colectivo varón, dado que tradicionalmente, han sido los que tenían un mayor índice de consumo. Es a partir de principios de los años ochenta cuando empieza a cobrar interés el análisis del consumo de drogas en el colectivo femenino. Con ello, se empieza a observar diferencias en el consumo en función del género, principalmente mayores dificultades o impedimentos sociales en mujeres drogodependientes para reconocer su adicción.

Dando respuesta a mi primer objetivo de investigación, he podido comprobar que sí que existen diferencias en el consumo en función de los sexos. Dichas discrepancias se pueden observar en el tipo de sustancias que consumen, puesto que los hombres tienden a abusar en mayor proporción de alcohol, tabaco y drogas ilegales y las mujeres consumen en mayor medida hipnosedantes y analgésicos opioides, también a nivel biológico ya que las mujeres tienen una metabolización más lenta de la sustancia y obtienen una concentración en sangre mayor a la de los hombres, a nivel sociológico puesto que el consumo de drogas por parte de las mujeres está menos extendido socialmente y por ello existe una mayor criminalización así como en mayor prejuicio ante las mujeres que realizan este tipo de conductas en comparación con los varones. Además, ellas tienen un consumo más privado mientras que ellos lo realizan en ambientes públicos. Y, finalmente en términos de patologías asociadas al consumo, predominan en mujeres los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o trastorno de estrés post-traumático y en los hombres en mayor medida trastornos de personalidad.

En segundo lugar, en lo referido al tratamiento por desintoxicación, podemos también observar diferencias puesto que las mujeres, en comparación con los hombres, se topan con una serie de barreras que les dificulta el acceso al tratamiento tales como la poca especialización de los profesionales en el tipo de adicción femenina, la maternidad, la manera de iniciarse en el tratamiento, el alto porcentaje de mujeres que han sufrido abusos sexuales, así como la gran estigmatización social de la mujer consumidora. Es por ello por lo que el índice de mujeres en tratamientos asistenciales es inferior al de los hombres.

A raíz de estas dificultades, aparecen diferentes estudios que proponen la creación de programas específicos para el colectivo femenino. Las especificidades de estos programas mejoran la eficacia en el tratamiento.

En tercer lugar, atendiendo a la etapa adolescente hemos podido comprobar que las diferencias de género señaladas también afectan a esta edad. Por un lado, los adolescentes tienden a consumir en mayor medida drogas ilegales frente a las adolescentes que consumen alcohol y tabaco. A pesar de que el principal motivo que les lleva a iniciarse en el consumo es la aceptación del grupo de iguales, en las adolescentes hay motivos adicionales como la búsqueda de la atención de los chicos en caso de consumir alcohol o la búsqueda de la seducción en caso de consumo de tabaco. Por otro lado, en las adolescentes la vigilancia parental ejerce como factor de protección. Y, por último, cabe mencionar que, ante la misma cantidad de consumo, en las adolescentes existen daños biológicos mayores que en los adolescentes.

Finalmente, hemos constatado que la prevención es una parte muy importante para tratar de paliar el excesivo consumo de sustancias que existe en nuestro país. La prevención nos permite por otra parte atender a aquellos colectivos en riesgo de caer en el terreno de las adicciones. Es por ello por lo que se requiere de programas preventivos bien diseñados que cubran las necesidades de dichos grupos entre los que se encuentran los adolescentes y las mujeres.

#### Importancia de mi trabajo:

La elaboración de este estudio bibliográfico, es a mi juicio importante puesto que considero que el consumo de sustancias es una de las grandes preocupaciones sociales a día de hoy. La edad de inicio en el consumo es cada vez más temprana, lo que genera un gran desasosiego a efectos políticos y sociales. Como consecuencia, la mayoría de las campañas de prevención persiguen como principal objetivo la reducción del elevado consumo de sustancias, así como el retraso de la edad de inicio. Con todo ello creo que el consumo por parte del colectivo femenino, es un hueco que se está dejando sin cubrir. Las mujeres han dejado de ser sujetos pasivos en el consumo de sustancias, pasando a tener un elevado consumo que supera, en algunas sustancias, al consumo en el colectivo masculino. A pesar de que poco a poco existe mayor literatura acerca de la drogadicción

en mujeres, a efectos prácticos, son pocos los programas o las ayudas que están tratando de paliar todas las dificultades añadidas con las que se encuentran las mujeres drogodependientes. Además, considero que, de igual forma que los adolescentes, las mujeres son también un colectivo vulnerable al que no se le está dedicando el cuidado necesario.

Por lo tanto, me parece de especial importancia atender también a sus patrones de consumo y continuar favoreciendo y realizando campañas, tratamientos, así como ayudas para las mujeres drogodependientes.

#### Futuras líneas de actuación:

A la hora de realizar el estudio, una de las reflexiones que entiendo que podría generar una futura línea de actuación, es la relativa a que las mujeres consumen sustancias como hipnosedantes o analgésicos cuyos efectos son depresores del sistema nervioso central. Por el contrario, los hombres tienden a consumir drogas cuyos efectos son más de tipo estimulante.

Por esta razón y para poder perfilar y mejorar aún más la intervención, propongo como futura línea de actuación, el investigar sobre los motivos que hacen que, en la sociedad de hoy en día, las mujeres tengan la necesidad de consumir más sustancias con efectos ansiolíticos que disminuyan la ansiedad, frente a los hombres que consumen drogas de tipo estimulante.

## **7. REFERENCIAS**

Alonso Castillo, M.M., Yañez Lozano, A., & Armendáriz García, N.A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions, 17*(1), 87-96.

Arranz-López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes- Revista Hispana Para el Análisis de Redes Sociales, 18*(7), 163-182.

Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria, 18*(2), 1-2.

Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., & Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria, 32*(1), 92-97.

Artiles Visbal, L. (2002). Importancia de la conciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos. *Revista de Ciencias Sociales (Cr), 97*(3), 127-135.

Barragan, A.B., Martos, A., Simón, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., & Gásquez, J.J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development, 4*(1), 49-61.

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Belloso Roper, J. J., Giner Gosálbez, N., & López Moreno, T. (2017). Terapia de grupo con mujeres con trastorno por consumo de alcohol en una unidad de psicoterapia: un análisis del discurso. *Revista Clínica Contemporánea, 8*(29), 1-13.



Blanco Zamora, P., Sirvent Ruiz, C., & Palacios Ajuria, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y Drogas*, 5(2), 81-98.

Borrell, C., García Calvente., M., & Martí-Boscá, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 2-6.

Brady, T.M., & Ashley, O.S. (2005). Women in substance abuse treatment: results from the alcohol and drug services study (ADSS). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Office of Applied Studies. Rockville, MD.

Bríñez-Horta, J.A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13(4), 439-255.

Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.

Castaño, G. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y Drogas*, 6(2), 127-148.

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid: Instituto de la mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Charro Baena, B., Meneses Falcón, C., & del Cerro Martín, P. (2012). Motivos para el consumo de drogas legales y su relación con la salud en los adolescentes madrileños. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(3), 257-268.

Covington, S. (2008). Woman and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5, 377-385.

De la Rosa, L., & Otero, M. (2004). Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trastornos Adictivos*, 6(2), 113-124.

De la Villa Moral-Jiménez, M., Ovejero-Bernal, A., Castro, A., Rodríguez-Díaz, F., & Sirvent-Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 291-311.

Díaz-Mesa, E., García-Portilla, P., Fernández-Artamendi, S., Sáiz, P., Bobes Bascarán, T., Casares M.J., Fonseca, E., Al-Halabi, S., & Bobes, J. (2016). Gender differences in addiction severity. *Adicciones*, 28(4), 221-230.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017-2018). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. *España: Informe del país sobre drogas 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.

García Calvente, M., Ruiz Cantero, M.T., & Río-Lozano, M. (2015). Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014). *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 404-411.

García del Castillo, J.A. (2005). Género, drogas y futuro. *Salud y Drogas*, 5(2), 7-10.

García Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.

Gázquez, M., García, J.A., & Espada, J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9(2), 185-208.

Greenfield, S., Cummings, A., Kuper, L., Wigderson, S., & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experience in single-gender versus mixedgender substance abuse group therapy. *Substance Use Misuse*, 48, 750–760.

Hernández Serrano, O., Espada Sánchez, J.P., Piqueras Rodríguez, J.A., Orgilés Amorós, M., & J.M, García Fernández. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas saluda: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Health and Addictions*, 13(2), 135-144.

Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, Ley 71, 2007.

Llopis, J.J., Castillo, A., Rebollida, M., & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5(2), 137-158.

López, S., & Rodríguez-Arias, J.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.

Martínez Redondo, P. (Horas y horas) (2009). *Extrañándonos de lo "normal": reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes* (1º ed). Madrid.

Meneses, C., & Charro, B. (2014). ¿Es necesaria una intervención diferencial de género en la prevención universal y selectiva del consumo de drogas en adolescentes? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 5-12.

Mendoza Bermejo, R., Batista Foguet, J.M., Sánchez García, M., & Carrasco González, A.M. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12(6), 263- 271.

Mornas Arnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352.

Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías (OEDT). 2018. *Informe Europeo Sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*.

Oliva, A., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.

Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 29(5), 32-37.

Pozo Gordaliza, R., Orte, C., & Vives, M. (2016). Programas, Intervenciones y Prácticas Efectivas en Prevención en Drogodependencias Con Mujeres Jóvenes. *Géneros-Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 5(1), 859-886.

Rodríguez, S.E., Córdova, A.J., & Fernández, M.C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions*, 15(1), 49-54.

Rodríguez Kuri, S., & Fernández Cáceres, C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), 57-78.

Romo Avilés, R. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencia*, 35(3), 269-272.

Ruiz-Olivares, R., & Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27, 1-6.

Salomó Avellaneda, A., Gras Pérez, M., & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.

Sánchez, L. (2012). Género y drogas. Guía informativa. *Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud*.

Uroz Olivares, J., Charro Baena, B., Prieto Úrsua, M., & Meneses Falcón, C. (2017).  
Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health and Addictions*, 18(1),  
107-118.