



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

## **ADICCIONES Y GÉNERO**

Autora: Ana Laura Gómez Galve

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

Abril 2019

Ana Laura  
Gómez  
Galve

**ADICCIONES Y GÉNERO**



## Índice

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción y conceptualización del problema	4
2. Perspectiva de género	5
3. Aspectos diferenciales	8
3.1. Factores motivacionales o causas de inicio	8
3.2. Estilo de consumo	8
3.3. Significado del consumo	9
3.4. Tipo de sustancia	9
3.5. Situación familiar	13
3.6. Patología dual	14
4. Intervención	15
4.1. Obstáculos de acceso	15
4.2. Programas preventivos	17
4.3. Investigación	19
4.4. Tratamiento	22
5. Recomendaciones	27
6. Conclusiones	29
7. Referencias	29

## Resumen

Debido a las desigualdades estructurales de género, históricamente el consumo de drogas se ha enmarcado en un contexto representado por hombres, por lo que la investigación acerca del mismo y, por tanto, los programas de prevención y tratamiento, se ha dirigido a dicho colectivo.

Se encuentran diversidad de aspectos en los que el consumo en hombres y mujeres difiere: factores motivacionales o causas de inicio del consumo, estilo y significado de consumo, tipo de sustancia, situación familiar, y patología dual, entre otros. Es necesaria la inclusión de la perspectiva de género en el contexto del consumo de sustancias, ya que ambos sexos presentan necesidades específicas que han de ser tenidas en cuenta para poderlas abordar.

A lo largo de los años, las mujeres consumidoras se han encontrado con dificultades en el acceso al tratamiento. Actualmente, el enfoque de género está siendo incorporado en el ámbito de las adicciones, tanto en la investigación como en la creación y el desarrollo de programas preventivos y de intervención.

Es esencial una formación continua en perspectiva de género dirigida a los profesionales y a los usuarios para lograr un abordaje completo de la problemática de las adicciones y que contemple las diferentes necesidades que tienen ambos sexos.

**Palabras clave:** adicción, drogas, perspectiva de género, mujer, tratamiento, prevención.

## **Abstract**

Historically, due to the structural inequalities of gender, drug use has been framed in a context represented by men, thus the research about it and, therefore, prevention and treatment programs, has been focus on that group.

There are several aspects in which the consumption in men and women differs: motivational factors or causes of consumption initiation, style and meaning of consumption, type of substance, family situation, and dual pathology, among others. Including a gender perspective in the context of substance use is necessary since both sexes have specific needs that must be taken into account in order to address them.

Over the years, female consumers have found difficulties in access to treatment. Currently, the gender perspective is being incorporated in the field of addictions, both in research and in the creation and development of prevention and intervention programs.

A continuous training in gender perspective directed to professionals and users is essential in order to achieve a comprehensive approach about the problem of addictions and to consider the different needs of both sexes.

**Key words:** addiction, drugs, gender perspective, woman, treatment, prevention.

## **1. Introducción y conceptualización del problema**

Históricamente, el consumo de drogas ha estado enmarcado en un contexto representado por hombres (Arostegui y De Audikana, 2017), lo que se traduce en que tanto el tratamiento del consumo como la investigación sobre adicciones han estado dirigidas a este colectivo (Ortiz y Clavero, 2014). Si bien es cierto que diversos organismos oficiales recogen que existe una mayor prevalencia en los varones en cuanto al consumo de drogas ilegales respecto de las mujeres (OEDT, 2000; ONU, 2002 y 2005; EMCDDA, 2005; citado en Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007), no es menos cierto que debemos atender también a variables como la edad, la clase socioeconómica, la etnia, el tipo de sustancia o la región geográfica, ya que, en función de las mismas, las desigualdades entre sexos pueden ser mínimas o llegar, incluso, a invertirse (Castaños et al., 2007).

Los casos de mujeres involucradas en la adicción han sido tratados como supuestos atípicos debido, por una parte, a la menor presencia de los mismos, y, por otra, a que en numerosas ocasiones han evitado ellas mismas la asistencia a los servicios de atención profesional (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005), por lo que no han podido ser registrados. Esta ausencia o demora en la solicitud de ayuda guarda una estrecha relación con la estigmatización que reciben las mujeres a nivel social, lo que provoca que el ocultar el problema, así como su retirada social, cobren fuerza (Sánchez, 2009).

Cada vez existen más estudios que tratan de emplear la perspectiva de género a la hora de explicar el impacto diferencial que conlleva el consumo de drogas en hombres y mujeres. Para poder entender e interpretar dichas diferencias, ha de atenderse a factores históricos, culturales y sociales (Arostegui y De Audikana, 2017). El enfoque de género posibilita la comprensión de cómo hombres y mujeres se relacionan con las drogas, y permite entender las semejanzas y las diferencias que se encuentran (Sánchez, 2009).

El enfoque de género revela que una sociedad patriarcal se basa en la supeditación de la mujer, en la explotación y conquista de su capacidad creadora, y en su reclutamiento al ámbito doméstico, donde el trabajo que realiza no es reconocido como tal. “*La exclusión o subordinación de lo femenino en la cultura es el correlato simbólico de la sumisión de las mujeres como grupo social*”. (Castaños et al., 2007). Mientras en el orden simbólico de una cultura sea el hombre únicamente el que aparezca como sujeto, a la mujer se le otorgará el papel de objeto o “lo otro de la masculinidad”. Todo ello genera

diversidad de prejuicios y estereotipos asociados a ambos sexos y se establecen las categorías de lo masculino y lo femenino como categorías inamovibles, cuando cada persona, hombre o mujer, no suele responder de un modo exacto a dichos estereotipos genéricos. Estas consideraciones muestran la relevancia y la necesidad de adoptar un enfoque de género en las diferentes áreas, incluido el ámbito de las drogodependencias. (Castaños et al., 2007).

Con el presente trabajo se pretenden sintetizar los aspectos diferenciales entre el sexo femenino y masculino en el ámbito de las adicciones, para así tratar de hacerlos visibles y tenerlos en cuenta de cara a la prevención del consumo y al tratamiento del mismo. Además, se llevará a cabo una recopilación de la información acerca de la aplicación de la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones. Por último, se tratarán de elaborar una serie de recomendaciones que contemplen el enfoque de género de cara a la prevención y el tratamiento de adicciones.

## **2. Perspectiva de género: ¿Por qué aplicar al análisis y tratamiento de la adicción una perspectiva de género?**

Para responder a esta pregunta, primero es necesario partir del conocimiento de los conceptos de sexo y de género. El sexo es el conjunto de características físicas y genéticas con las que nacen los seres humanos y el género es un constructo sociocultural creado a partir de dichas características biológicas. Por tanto, y haciendo referencia al género, “ser mujer” y “ser hombre” implican una serie de atribuciones, que son distintas, para el sexo femenino y el masculino, respectivamente. Centrándonos en el caso de la mujer, la función reproductiva (sexo) sirve de eje para construir todo un sistema de creencias y juicios sobre cómo la mujer debe ser (género). A la mujer, por tanto, se le atribuyen una serie de características como la sensibilidad o la capacidad intrínseca de cuidado que *per se* la preparan para llevar a cabo esta función, y el espacio en el que se desenvuelve para poder llevar a cabo este cuidado es privado, es el hogar, del mismo modo que es a ella a quien le competen las labores que se ajustan a este espacio privado. (Castaño, 2017).

A este binomio sexo-género se le suma el “androcentrismo”, el hombre como centro, que continúa caracterizando la sociedad actual. Esta posición implica que la perspectiva masculina sea considerada como la universal, minusvalorando e incluso obviando la

experiencia femenina. *“Cuando se denomina a mujeres y hombres con el término ‘hombre’ no es un genérico, y lo que logra es invisibilizar a la mitad de la humanidad.”*. (Castaño, 2017).

Como puede apreciarse, existe una desigualdad a nivel estructural que influye en el consumo y abuso de drogas por parte de la población femenina, por lo que la adicción en la mujer va a diferir de la del hombre en el modelo de consumo, en las consecuencias y en las causas. Puede concluirse que existe una “drogodependencia femenina” definida por aspectos de género. (Castaño, 2017). Además, y haciendo referencia al nivel macrosistémico, el consumo difiere en su significado y en sus efectos en función del contexto sociocultural. No sólo mujeres y hombres reaccionan de un modo distinto frente al consumo, sino que su significado simbólico en los dos sexos es sustancialmente diferente según la cultura en la que nos encontremos. Además de las propiedades químicas de las drogas que actúan en el cuerpo, hay que tener en cuenta que ello ocurre en un determinado contexto que da forma y otorga determinado significado a la experiencia. *“La sustancia, el consumo y la persona consumidora serán entendidos y vividos de diferente manera dependiendo del contexto sociocultural en el que se dé.”*. (Pecharromán, 2017).

Incluir la perspectiva de género en el abordaje del consumo de drogas (como en cualquier otro ámbito de estudio) supone tener en cuenta que mujeres y hombres tienen que dar respuesta a condicionantes que son diferentes, por lo que es necesario analizar por separado los aspectos que condicionan a ambos (Pecharromán, 2017). *“Cuando se habla de perspectiva de género nos referimos a la incorporación de las herramientas necesarias para visibilizar los efectos del género en nuestra sociedad y en las personas, en los procesos macro y en los micro, en una retroalimentación e interrelación constante de los mismos.”* (Martínez Redondo, 2017). La aplicación del enfoque de género al ámbito de las adicciones implica el poder identificar los factores por los que mujeres y hombres se ven afectados por el hecho de ser mujeres u hombres, y tenerlos en cuenta en la comprensión de cómo ello afecta en su proceso de adicción, en el significado que tiene para su consumo, en la motivación, mantenimiento y abandono del mismo, en la elección del tipo de sustancias, etc. La perspectiva de género permite, por tanto, un análisis de la realidad muy completo, lo que repercute positivamente en el diseño de las intervenciones. (Martínez Redondo, 2017).



Ya en 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer defendió la introducción del enfoque de género como elemento fundamental a la hora de alcanzar una verdadera igualdad de género. A través de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing se hace una llamada a las políticas de desarrollo, entre las que se encuentran las organizaciones de las Naciones Unidas, Estados Miembros y demás actores de la sociedad, a llevar a cabo medidas incorporando la perspectiva de género. (ONU Mujeres, 2019). En las Conclusiones convenidas de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en relación con las esferas de especial preocupación indicadas en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1997), se hace un llamamiento al sistema de Naciones Unidas, a otros organismos internacionales y a los gobiernos, para que se aplique el enfoque de género en los distintos programas y políticas, del mismo modo que en la elaboración de metodologías e instrumentos, para así conseguir la promoción de la igualdad de género y el disfrute de la mujer de los derechos humanos que le corresponden. Asimismo, se define en dichas conclusiones la incorporación de dicho enfoque de género como *“el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros.”*. Por tanto, es necesario adoptar una perspectiva de género para así poder lograr a largo plazo una efectiva igualdad de género. (ONU Mujeres, 2019).

Durante los últimos años la ONU ha favorecido la aplicación de la perspectiva de género en los distintos programas y políticas para identificar y encargarse de las desigualdades de género que se producen en el ámbito de la salud y, específicamente en la atención a las adicciones. Cada vez hay más evidencias de que los factores precipitantes, la biología, las causas y consecuencias de la enfermedad, y las manifestaciones clínicas difieren entre hombres y mujeres. Es por ello que la prevención y el tratamiento han de adaptarse para cada uno de los sexos. (Castaños et al., 2007).

### **3. Aspectos diferenciales entre hombres y mujeres**

Se exponen a continuación las diferencias más significativas entre ambos sexos encontradas en diversas investigaciones.

#### **3.1. Factores motivacionales o causas de inicio del consumo**

Los factores que llevan a la mujer al consumo suelen ser de tipo afectivo y relacional, es decir, causas circunscritas al ámbito privado, ámbito que ha quedado relegado a la mujer, como se ha nombrado anteriormente (Castaño, 2017).

En el estudio realizado por Ortiz y Clavero (2014) que pretende visibilizar las diferencias en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres a través del análisis del discurso de una muestra de personas consumidoras pertenecientes a la asociación Proyecto Hombre, se encontraron como causas principales de consumo en la mujer la ausencia de afectividad en el contexto familiar, además de una influencia de la pareja. Un entorno familiar problemático, malos tratos y abusos o una educación extremadamente permisiva fueron causas recurrentes encontradas en los motivos de la adicción en la mujer. En los hombres no se encontraron dichos factores, sino otros asociados al entorno como el trabajo o los amigos, o factores asociados a una personalidad insegura, tímida o falta de capacidad a la hora de establecer relaciones sociales. Esto enlaza con diferencias en cuanto al modo de consumir en ambos sexos, que se exponen a continuación.

#### **3.2. Estilo de consumo**

Mientras que el contexto en el que la mujer consume habitualmente es privado, y se trata de un ámbito en el que las relaciones afectivas familiares son el eje central, el consumo por parte del hombre se reproduce en el ámbito público, en el que las relaciones sociales son el factor que cobra mayor importancia (Ortiz y Clavero, 2014).

Los hombres suelen comenzar el consumo en entornos sociales, colectivos, por probar sensaciones nuevas o por diversión. La mujer, como ya se ha mencionado, suele iniciar el consumo en compañía de su pareja. Sin embargo, el mantenimiento de la adicción tiene lugar en la intimidad del hogar, de un modo individual y oculto, debido a la estigmatización social que reciben las mujeres adictas. (Ortiz y Clavero, 2014; Castaño, 2017).

### **3.3. Significado del consumo**

El consumo de drogas no tiene el mismo significado para hombres que para mujeres ni es interpretado del mismo modo a nivel social. En cuanto a los varones, el consumo de sustancias se valora como un comportamiento social, natural y aceptado culturalmente (excepto en los casos en que dicho consumo deriva en acciones violentas) (Sánchez, 2009). Sin embargo, el consumo por parte de la mujer implica un reto a los valores culturales predominantes, lo que deriva en estigmatización por parte de la sociedad (Forth-Finegan, 1992). Por tanto, el grado de reproche social que sufren las mujeres adictas es muy superior al sufrido por los hombres, lo que implica un mayor nivel de rechazo y de incompreensión por parte del contexto familiar y social más próximo. (Sánchez, 2009). Las mujeres adictas son percibidas como personas que han dejado de lado su responsabilidad doméstica y, en su caso, maternal (Castaño, 2017).

Dado que existe un rol bien definido que la sociedad ha otorgado a la mujer, que gira en torno al concepto de cuidadora, quienes presentan problemas de adicción perciben con una alta intensidad y frecuencia que han fracasado por no ser capaz de desempeñar de un modo eficaz dicho rol (Sánchez, 2009). A causa de ello, vivencian una gran desvalorización personal, acompañada de sentimientos de baja autoestima, culpa y vergüenza (Taylor, 1998).

Estas diferencias en el modo de responder por parte de la sociedad a la adicción de la mujer, materializadas en un rechazo a la misma con el consiguiente aislamiento social, explican por qué muchas deciden ocultar el problema y no demandar ayuda. Mientras que los hombres adictos suelen contar con la ayuda de su pareja, allegados y amigos para poder superar la adicción, un gran número de mujeres tienen que lidiar con el desinterés e incluso la oposición por parte de su ambiente más cercano a la hora de someterse a un tratamiento. (Curtis-Boles y Jenkins-Monroe, 2000, citado en Castaños et al., 2007; Sánchez, 2009).

### **3.4. Tipo de sustancia**

Antes de pasar a exponer las diferencias entre géneros en cuanto a los distintos tipos de drogas, cabe mencionar que éstas se encuentran altamente condicionadas por un componente generacional (Sánchez, 2009). Es decir, en términos generales, el consumo de drogas es mayor en los hombres que en las mujeres, pero en la etapa de la adolescencia

este consumo puede llegar a igualarse en ambos sexos, especialmente en el caso del alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína (Del Pozo, 2005; Sánchez, 2009).

Cabe destacar, además, que los hombres comienzan el consumo antes que las mujeres en las sustancias que tienen una mayor prevalencia de consumo, es decir, en el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína. Igualmente, en el caso de los hipnosedantes, cuyo consumo es mayor en el sexo femenino, se registra un comienzo anterior por parte de los hombres. (Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Según la última encuesta realizada por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas (2018), las únicas sustancias aditivas con una mayor prevalencia en la población femenina son los hipnosedantes (14,1% frente a un 8,1% de hombres) y los analgésicos opioides (7,4% frente a un 5,9% de hombres). Destacan especialmente drogas como en el cannabis, en el que la cifra de hombres consumidores duplica sobradamente a la cifra de mujeres consumidoras (un 15,4% frente a un 6,6%), y la cocaína, cuya diferencia entre ambos sexos se triplica (un 3,4% de hombres consumidores frente a un 1% de mujeres consumidoras). Por su parte, el policonsumo es frecuente en hombres en un rango de edad entre 25 y 34 años e incluye un consumo de cannabis y alcohol en el 90% de los supuestos.

Desde hace casi dos décadas, se ha producido un incremento de las mujeres consumidoras de **bebidas alcohólicas**, aproximándose la tasa a la del sexo masculino (Sirvent, 2001; Sánchez, 2009). Sin embargo, el consumo por parte de los hombres es mayor proporcionalmente, más frecuente y son superiores los patrones de abuso de alcohol (Sánchez, 2009). Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (2017), la droga con una mayor prevalencia es el alcohol, siendo esta del 93,6% en el sexo masculino y en el sexo femenino del 88,8%.

El abuso de alcohol en las mujeres se caracteriza por una serie de factores etiológicos y clínicos que no presenta el consumo de alcohol en hombres. Los más destacados son el consumo alcohólico desmesurado por parte de la pareja masculina, antecedentes de abuso sexual y/o maltrato en la infancia y la existencia de síntomas depresivos (Wilsnack, 1996, Rubio y Blázquez, 2000, citado en Ávila y González, 2007). Numerosos estudios revelan una serie de diferencias clínicas en cuanto al consumo de alcohol entre hombres y mujeres: las mujeres comienzan a consumir de forma más tardía, consumen una menor cantidad y la adicción se desarrolla en un periodo de tiempo más corto (Beckman, 1975,

citado en Ávila y González, 2007); alta presencia de sintomatología depresiva en las mujeres, la cual suele ser el principal motivo para acudir a consulta (Blume, 1997, citado en Ávila y González, 2007); consumo de psicofármacos y estimulantes, asociado a la adicción al alcohol; las repercusiones a nivel somático y familiar tienen una mayor incidencia en el caso de las mujeres consumidoras (Beckman, 1975, citado en Ávila y González, 2007).

En la investigación realizada por Ávila y González (2007) acerca de las diferencias a nivel clínico de los trastornos por uso de alcohol en función del género respecto del tiempo de desarrollo de la adicción, así como respecto de la severidad de la misma, se encontraron como principales resultados: un comienzo tardío en el consumo de bebidas alcohólicas, una baja tasa de mujeres que asisten a tratamiento, una mayor proporción de sintomatología ansiosa y depresiva y un desarrollo más rápido en el desarrollo de la enfermedad alcohólica.

Por otro lado, según el estudio realizado por Bríñez-Horta (2001), cuyo objetivo principal fue la investigación acerca de las diferencias clínicas en función del sexo en cuanto a los trastornos por uso de alcohol, la probabilidad de intoxicación alcohólica es mayor en el caso de la mujer en comparación con el sexo masculino, si se atiende al síndrome de abstinencia, más probable en la mujer, y a las alteraciones fisiológicas, las cuales se manifiestan en mayor medida en el caso del sexo femenino. Esta investigación muestra también que el hombre presenta un mayor número de signos sociales de abuso de alcohol que la mujer, así como un menor auto control. Estos resultados indican que es necesaria la realización de estudios futuros que analicen estas relaciones concretamente. Además, plantean la necesidad de llevar a cabo estrategias tanto de tratamiento como de prevención distintos para mujeres y para hombres.

El análisis cualitativo del discurso de diversas mujeres adictas al alcohol y de expertos en el tratamiento de los trastornos adictivos llevado a cabo por Gómez (2006) confirman que las mujeres alcohólicas beben en un ambiente de secretismo y clandestinidad y viven un mayor aislamiento social debido a la mayor tolerancia que la cultura tiene ante el alcohólico varón. La menor aceptación social del alcoholismo femenino influye en la respuesta que ofrece la sociedad, lo que se materializa en que los programas y centros de tratamiento del alcohol están diseñados para los varones con problemas de alcoholismo (Gómez, 2004). Además, el nexo y la dependencia que establece con el hombre, añadido al temor al poder, potencian el ocultismo de la realidad. Por otro lado, se tiende a ver a la

mujer adicta como marginada social dado que es incapaz de adaptarse socialmente debido a su fracaso ante los medios que le ofrece el contexto. Debidas a estas diferencias, el tratamiento del alcoholismo femenino ha de atender a las necesidades específicas de las mujeres y, además, se requiere una continuación en la investigación acerca de las diferencias sociales en función del género del individuo como causas influyentes en el comportamiento adictivo.

Al igual que ocurre con el alcohol, los hábitos de consumo de **tabaco** entre hombres y mujeres se han asimilado en los últimos años, aunque siga siendo superior en el caso de los hombres (Sánchez, 2009). La diferencia se mantiene a lo largo de los años, como muestra la Encuesta sobre Alcohol y Drogas (2017) realizada en España: la prevalencia de consumo de tabaco en hombres es del 74,8% frente al 64,5% en mujeres.

El consumo de tabaco por parte de la mujer presenta una serie de rasgos diferenciales de género tanto en la iniciación en el consumo como en el mantenimiento de la adicción. Como factores personales a destacar en la iniciación del consumo destacan la inquietud por la propia imagen, la apreciación por el propio peso corporal, la autoestima y la propensión al estrés (Jané, 2004). Suele comenzar el consumo de forma más tardía que el hombre. Además, cabe mencionar que el tabaquismo femenino se encuentra condicionado por factores sociales y culturales que guardan relación con el movimiento de igualdad de derechos y con la incorporación de la mujer al mercado laboral. (Nerin y Jané, 2010).

Tradicionalmente, el consumo de **hipnosedantes** ha sido más frecuente en las mujeres que en los hombres. Históricamente, esto ha podido guardar relación con la sobrecarga tanto a nivel físico y emocional a la que se han visto expuestas, a causa de tener que compatibilizar el trabajo fuera del hogar con el rol tradicional de cuidado del hogar. (Sánchez, 2009). Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas (2017) realizada en España, los hipnosedantes son consumidos en un porcentaje mayor por mujeres que por hombres. Mientras que en el caso de la mujer, 1 de cada 4 admite haberlos consumido alguna vez en su vida, un 15,9% de hombres es el que manifiesta dicho consumo.

Por su parte, los **psicofármacos depresores** también son consumidos de un modo más frecuente por mujeres que por hombres (Orte, 2017). Como se verá a continuación los trastornos afectivos, en concreto el trastorno depresivo mayor, son más comunes entre el sexo femenino que el masculino. Según Nolen-Hoeksema (1987), la depresión unipolar es más frecuente en mujeres y, además, estas tienen más dificultades que los hombres en

la búsqueda de distracciones para apaciguar su estado de ánimo deprimido ya que suelen pensar más acerca del mismo y su posible origen. Desde este planteamiento, surge la posibilidad del comienzo del consumo o medicación para reducir la ansiedad (Orte, March y Capllonch, 1997, citado en Nolen-Hoeksema, 1987).

Cabe mencionar también en este apartado que es mucho más frecuente que el hombre acceda al consumo de **sustancias ilegales** en comparación con la mujer. Tanto el consumo inicial como el habitual de sustancias ilegales son más frecuentes y elevados en los varones que en las mujeres (Sirvent, 2001). Por ejemplo, el porcentaje de personas que han consumido alguna vez **cannabis** es mucho mayor entre hombres (43,6%) que en mujeres (26,9%). También el consumo de **cocaína** es mayor en hombres que en mujeres, siendo alrededor de un 15% de hombres que manifiestan haberla consumido en alguna ocasión, frente al 5,9% de mujeres. (Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

### **3.5. Situación familiar**

En cuanto a la situación familiar actual de la mujer adicta, en el estudio realizado por Ortiz y Clavero (2014) se encontró que el hecho de tener hijos supone un gran obstáculo a la hora de hacer frente al proceso de desintoxicación y tratamiento, y no tanto en el caso del varón con problemas de consumo. Por otro lado, cabe mencionar que los vínculos relacionales con la familia son un factor de protección frente al consumo, se ha demostrado que las intervenciones que se basan en la familia son muy eficaces en la prevención del consumo y en la rehabilitación del mismo (Orte, 1998, citado en Orte, 2017). Sin embargo, la mujer adicta no suele recibir el apoyo necesario por parte de la familia durante su rehabilitación (Gómez, 2004), por lo que en muchas ocasiones suele ocultar el problema para evitar el reproche de la misma o lo saca a la luz pero teniendo que soportar su desaprobación (Castaños et al., 2007).

Por otro lado, cabe mencionar en este apartado el papel que tiene la familia de origen en el desarrollo de la adicción.

Kumpfer (1994) afirma que los hijos de padres con problemas de consumo de drogas presentan un riesgo mayor de consumo (citado en Orte, 2017). En un estudio longitudinal de dos años y medio llevado a cabo por Wetherington (2007) con hijos con al menos un progenitor estuviera recibiendo tratamiento en un programa de metadona, se encontró que

los cambios en los roles de las figuras parentales aumentaba el riesgo del consumo de drogas posterior en las hijas y disminuía dicho riesgo en el caso de los hijos varones.

Por otro lado, se ha demostrado que cuanto más supervisión ejerza la familia, las probabilidades de que los hijos desarrollen un consumo disminuyen (Pozo, Orte y Vives, 2016, citado en Orte, 2017). Específicamente, la probabilidad de consumo es menor en las adolescentes en comparación con los adolescentes varones, cuando la supervisión es alta (Fothergill y Ensminger, 2006).

### **3.6. Patología dual**

Los trastornos más frecuentes que presentan las mujeres en comorbilidad con la adicción son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor) y trastornos severos del sueño. Por su parte, los hombres suelen presentar de un modo más frecuente que las mujeres trastornos de personalidad y trastornos psicóticos. (Sirvent, 2001). Estos datos son confirmados por diversidad de estudios, como el realizado por Anne Comtois y Ries (1995), en el que se encontró que los trastornos afectivos son más comunes en las mujeres adictas, específicamente el TDM, y la esquizofrenia más frecuente en varones adictos.

Miquel, Roncero, López-Ortiz y Casas (2011) llevaron a cabo una revisión de distintos artículos acerca de las diferencias de género en pacientes con patología dual con un trastorno del eje I. Encontraron divergencias en cuanto a si la patología dual es más común en mujeres o en hombres, dependiendo del lugar en el que se realizaron los estudios: mientras que en el área de psiquiatría general existen más hombres con patología dual que mujeres, en las unidades de drogodependencias hay un mayor número de mujeres. Esta revisión confirma de nuevo la mayor prevalencia de trastornos psicóticos en los varones con patología dual y de trastornos ansiosos y afectivos en las mujeres duales. Además, las mujeres con patología dual suelen presentar un mayor riesgo de victimización, menos problemas legales y tienen más hijos a su cargo. El policonsumo es menor en la mujer dual que en el hombre con patología dual.

Otros estudios epidemiológicos muestran que los trastornos por consumo de sustancias tienen una mayor prevalencia en el caso de los hombres, pero las mujeres presentan una comorbilidad mayor de estos trastornos con otros trastornos psiquiátricos, específicamente con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la conducta alimentaria (Marín-Navarrete et al., 2015).



## 4. Intervención

### 4.1. Obstáculos de acceso

A lo largo de los años, las mujeres han tenido que enfrentarse a diversidad de obstáculos a la hora de acceder a programas preventivos y de tratamiento para sus problemas de consumo. Los programas de tratamiento han estado diseñados para los hombres debido a distintas razones. La investigación se ha centrado en el tipo de sustancia al principio y, posteriormente, en las características de la persona pero tomando como referente únicamente al varón blanco (por ejemplo, existe un gran desconocimiento acerca de las reacciones químicas de las sustancias que se producen en las mujeres, a excepción del alcohol). Además, los encargados de gestionar dichos servicios desconocen las necesidades específicas de las mujeres, por lo que éstas han sido ignoradas. Por otro lado, el consumo en la mujer suele generar una menor preocupación por parte de la sociedad, ya que las conductas violentas que van de la mano del consumo suelen darse por parte de los hombres. Otro motivo es que el consumo abusivo de psicofármacos por parte de la mujer no suele ser considerado como un verdadero problema, ya que se consume en el contexto privado. (Castaños et al., 2007).

En el estudio realizado por Ávila y González (2007), tratan de explicar la baja tasa de mujeres que acuden a tratamiento por enfermedad alcohólica a través de una serie de hipótesis:

- estigmatización social negativa: ocultación del problema y negación del mismo, lo que se traduce en la ausencia de búsqueda de ayuda. A veces se manifiesta desarrollando síntomas depresivos y ansiosos.
- menor frecuencia en el diagnóstico del trastorno por uso de alcohol o alcoholismo por menor sensibilización de los instrumentos diagnósticos, ya que estos se encuentran validados en muestras masculinas.
- detección insuficiente del trastorno por uso de alcohol por parte de los profesionales cuando se encuentra asociado a sintomatología ansiosa y depresiva, por considerarse secundario a la misma.

Por su parte, en la investigación realizada por Tomás-Dols et al. (2007) para investigar acerca de los motivos por los que pacientes adictos retrasan el acceso a los centros específicos de tratamiento, se encontraron puntuaciones más altas en “estigmatización y

respuestas del entorno” y en “factores intrínsecos al tratamiento” en el caso de las mujeres, en comparación con el sexo masculino. En cuanto a la estigmatización, las principales barreras encontradas tenían que ver con los sentimientos de vergüenza y con la intranquilidad por lo que pudiera pensar la gente ante la demanda de ayuda o por que pudieran verle mientras acudía al centro de tratamiento. Autores como Wu y Ringwalt (2004) afirman que dicho proceso de estigmatización que sufren las mujeres adictas puede ser uno de los factores causantes de que los hombres tengan una mayor predisposición en la búsqueda de tratamiento y de que las mujeres no muestren necesitar ayuda. En cuanto a los factores intrínsecos, las principales barreras encontradas son los problemas que suponen el someterse a un tratamiento para su vida diaria cuando tienen hijos y el desconocimiento de los recursos que existen para el tratamiento de la adicción al alcohol (Tomás-Dols et al., 2007).

Tras una revisión realizada por Vannicelly y Nash (1984) de 23 estudios acerca de la eficacia del tratamiento del alcoholismo, se encontraron una serie de barreras que pueden tener una influencia en la disminución de la eficacia del tratamiento en mujeres: las expectativas de los profesionales de que debido a que las mujeres, además de la adicción presentaban trastornos depresivos, respondían al tratamiento peor; la presunción de los profesionales de que el potencial de cambio era menor en las mujeres que en los hombres; la creencia de algunos terapeutas acerca de la ineficacia del tratamiento debido a la desinformación acerca del pronóstico del alcoholismo de la mujer.

Han sido realizados diversos estudios en distintos países acerca de las impresiones que tienen las mujeres adictas acerca de las dificultades en el acceso al tratamiento de la adicción, y pueden extraerse los siguientes factores comunes: la estigmatización o vergüenza; los impedimentos derivados de su rol como madres o esposas (como el miedo a que les retiren la custodia de los hijos y la intranquilidad por el cuidado de los mismos); el miedo a ser abandonadas por su pareja; la existencia de una pareja adicta; el temor a la abstinencia; la ausencia de consciencia de que la adicción es una enfermedad; la convicción de que por sí mismas pueden afrontar y superar la problemática; la desinformación sobre las posibilidades de tratamiento; las listas de espera a la hora de acceder a determinados servicios; la no existencia de recursos diseñados para las necesidades de las mujeres (Sánchez, 2006, citado en Sánchez, 2009).

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004) señala distintas barreras para el acceso a tratamiento de las mujeres consumidoras. En cuanto a

las barreras de tipo estructural recatan el hecho de que el cuidado de los hijos recaiga solo en ellas, la adicción como motivo de retirada de la custodia de los hijos, horarios de los programas que no son compatibles con las responsabilidades familiares, que no existan recursos especializados para las mujeres embarazadas e insuficiente detección de los casos de mujeres con problemas de abuso de sustancia desde la atención primaria. En cuanto a los obstáculos culturales y personales, destacan la estigmatización, la mayor desigualdad a nivel social que sufre la mujer, el apoyo escaso recibido por parte de su pareja y familia en su decisión por iniciar el tratamiento, la vergüenza o culpa, el miedo a perder la custodia de sus hijos y la desconfianza hacia los programas de tratamiento. En cuanto a los obstáculos propios de los sistemas que dificultan proporcionar servicios que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres, apuntan la insuficiente sensibilización acerca de la perspectiva de género, la desinformación sobre las necesidades de tratamiento específicas de las mujeres adictas, la falta de modelos de tratamientos que tengan en cuenta la perspectiva de género y los escasos puestos desempeñados por mujeres en la realización de las políticas y la distribución de recursos.

Aunado a lo anterior, Pantoja (2007) puso de manifiesto una serie de características de las mujeres que influían en su decisión de abandonar el consumo, así como en su acceso a programas de tratamiento y la eficacia de los mismos (citado en Sánchez, 2009): la dependencia económica y afectiva de la pareja, las cargas familiares, los sentimientos de culpa y la baja autoestima y el rechazo por parte de la sociedad (intensificado cuando hay presencia de hijos).

Actualmente, parece que el enfoque de género va incorporándose a un mayor número de intervenciones, tanto a nivel preventivo como a nivel de tratamiento, una vez ya se ha desarrollado el consumo.

#### **4.2. Programas preventivos**

El no tener en cuenta la perspectiva de género implica su invisibilidad en los programas preventivos y de tratamiento. A la hora de diseñar cualquier estrategia de intervención que contemple la perspectiva de género, se han de tener en cuenta las diferencias existentes a nivel biológico, psicológico y social, entre el sexo masculino y el femenino. Pocos han sido los programas preventivos que han mostrado un respaldo empírico en cuando a su eficacia en la población femenina. (Orte, 2017). Se exponen a continuación algunos de ellos:

- *ALERT Plus*

Se trata de un programa basado en el enfoque de influencia social, que va dirigido a estudiantes de secundaria cuyo objetivo principal se centra en la motivación al no consumo y en el aprendizaje de conductas de oposición. Se estudia la eficacia del programa comparando a los participantes del Programa ALERT Plus con estudiantes de distintas escuelas. Se encuentran resultados concordantes con la hipótesis de que existen aspectos diferenciales en el consumo entre las mujeres y los hombres. Específicamente, el programa incide en las variables cognitivas que median en la influencia que tiene el contexto social en el consumo de alcohol y marihuana en chicas, pero no en chicos. Hubo un aumento en la percepción de que las amistades respetarían la decisión de no consumir y en el poder afrontar una situación de presión grupal, y una disminución en la percepción de la aprobación del consumo por parte de los amigos. El programa se mostró más efectivo en las jóvenes, además de en cuanto a estas creencias cognitivas, si el género de la persona que lo impartía era femenino. Cuando el mensaje lo transmitía una profesora, había una mayor predisposición al cambio por parte de las chicas.

- *The life skill program IPSY* (Información, Competencias Psicosociales y Protección, traducido al castellano)

Se trata de un programa orientado a la prevención del consumo de tabaco y alcohol en la etapa de la adolescencia, a través de la enseñanza de habilidades genéricas, interpersonales e intrapersonales, y otras asociadas al consumo. Fue aplicado en 40 escuelas distintas, y se quiso comprobar si existía variabilidad en su efectividad en función del género. En las adolescentes se detectó un bajo nivel de asertividad y de autoestima en comparación con los adolescentes. Una vez aplicado, se dio una mejora en lo referente a la comunicación grupal y a la autoconfianza, que no se dio en los adolescentes varones. Sin embargo, el género no tuvo ningún tipo de incidencia en la efectividad del programa en lo referente al consumo de alcohol y en cuanto a otro tipo de competencias.

Se requiere incluir variables más específicas por género para una mejora del programa.

- *The European Drug Abuse Prevention (EU-Dap)*

Se trata de un programa europeo dirigido a la prevención del consumo de sustancias en la población adolescente. Se ayudó en el fortalecimiento de habilidades interpersonales e

intrapersonales, además de la enseñanza de los diversos efectos del consumo de tabaco y alcohol. Al comienzo de la aplicación del programa, los chicos tendían en una mayor proporción que las adolescentes al consumo de drogas ilícitas, como el cannabis. Por su parte, el consumo de tabaco era mayor en ellas que en los adolescentes varones. Tras la aplicación del programa, se encontró una correlación entre el programa y una menor prevalencia de conductas de abuso en los adolescentes pero no en las chicas. También se identificaron las variables de edad y de autoestima como posibles influencias en estas divergencias de género encontradas, si bien no se trató de un resultado con alta significancia estadística.

Se sugiere que deberían incluirse variables de género en el programa y reevaluarlo tras ello.

- *The Strengthening Families Program*

El Programa de Competencia Familiar (PCF) tiene como objetivo la disminución de los factores de riesgo de tipo familiar en los hijos e hijas de padres o madres drogodependientes y en la potenciación de los factores de protección, para reforzar la resiliencia ante el consumo. Se realiza una evaluación post-test 24 meses después de la aplicación del programa para comprobar la efectividad del mismo. Las diferencias entre ambos géneros no tienen significancia al comienzo del programa, lo que cambia en la evaluación post-test, en la que sí se encuentra diferencias significativas de género. Como resultados relevantes destaca que se produce una disminución significativa en cuanto a la disponibilidad al consumo en las adolescentes. Además, se encuentra que en ellas las creencias erróneas son mayores que en el caso de los adolescentes varones.

### 4.3. Investigación

Se exponen a continuación tres investigaciones en las que se ha analizado el consumo en distintos tipos de poblaciones de mujeres desde una perspectiva de género (Castaño, 2017):

- Atención a la problemática conjunto de **violencia de género** y drogodependencia

Se descubre que suele proporcionarse una atención de un modo fragmentado e incompleto en estos dos ámbitos. En lugar de tratar a la mujer como un ser completo e integrado en el que todas las áreas que le atañen se encuentran interconectadas, se divide a la mujer en “trozos”, tratando las diversas problemáticas por separado.

En cuanto a la atención de la adicción, se comprueba que no se produce una intervención desde el enfoque de género en la búsqueda del origen de la adicción ni en la adicción, tratando las posibles causas tras el consumo que tienen que ver con elementos de género como la asimetría en la pareja, problemas a nivel relacional o con los hijos e hijas, etc. Sí existen recursos residenciales desde el ámbito de las drogodependencias que intervienen desde el enfoque de género.

En cuanto a la atención de la violencia de género, se descubre que existe una gran dificultad a la hora de aceptar en los programas de maltrato a mujeres adictas. Ni los recursos de acogida ni los servicios residenciales cuentan con la preparación suficiente para atender a una mujer con un consumo activo. No suele tenerse en cuenta en la intervención terapéutica que se suele ofrecer desde estos programas, ya que los profesionales en general no poseen formación en este tema y porque podrían producirse problemas convivenciales con el resto de las mujeres.

Para que la atención sea efectivamente integrada, es fundamental que se lleve a cabo una coordinación de los recursos de la red atención a la violencia de género y de la red de atención a la drogodependencia, para trabajar de un modo paralelo ambos problemas. Además, es importante que se incluya sensibilización en las mujeres para que tomen consciencia y se sientan protagonistas en la toma de la decisión de acudir a los recursos. Dado que la red de adicciones ya existente sí tiene en cuenta el enfoque de género y es el recurso al que más mujeres llegan solicitando ayuda, podría readaptarse a la realidad de la violencia de género a través de la formación de los profesionales en materia de género.

- Roles de género en el consumo en **mujeres presas**

Analizando los patrones de consumo en prisión, se descubren diferencias entre mujeres y hombres. Mientras que en el caso de la mujer el alcohol se encuentra entre las cinco sustancias más consumidas en prisión, no es así en el caso de los hombres, entre los que destaca el consumo de heroína entre las cinco sustancias más consumidas. Cabe decir que el consumo de hipnosedantes y metadona se produce en ambos sexos y se trata de un consumo causado por la estancia en prisión.

Se descubre una explicación basada en el género de estos patrones de consumo. Los Centros Penitenciarios actúan como correctores de los comportamientos que atentan contra los valores sociales, pero se siguen perpetuando los estereotipos de género en el consumo de drogas. Por una parte, parece que se sigue manteniendo el *statu quo* en tanto

en cuanto la heroína (droga considerada “dura”) se permite en hombres y el alcohol (droga “blanda”) es la consumida por mujeres. Por otro lado, cabe mencionar que en la población general femenina se da un consumo mayoritario de hipnosedantes y alcohol, consumo que se ve reducido en el Centro Penitenciario, dado que éste no sólo regula los valores sociales predominantes, sino también los patrones de género. Es decir, hemos visto que la sociedad castiga el consumo de sustancias en general, y en particular el producido por mujeres, y que la prisión perpetua los valores predominantes de la sociedad, por lo que se entiende que se produzca una reducción del consumo de ambas sustancias en el medio penitenciario en comparación con el consumo en la población general. Se castiga el hecho de que no lleven a cabo su papel de mujer cuidadora, por lo que el poder ejercido por la Institución Penitenciaria es mayor, intentando resocializarlas en su rol tradicional, lo que comprende un control total del consumo de drogas. Se produce una reducción del consumo de sustancias que la población femenina general suele consumir mayoritariamente.

- Modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la **prostitución**

Siendo la sociedad patriarcal, los esquemas subyacentes y los esquemas que la perpetúan también han de serlo. El paradigma económico bajo el que se construye la sociedad es el capitalismo, el cual no siempre tiene en cuenta a la mujer en los empleos que desempeñan y cuya posición principal se encuentra sustentada por hombres. Bajo este sistema capitalista, en el que todo puede comprarse, encontramos la realidad de la prostitución, en la que los hombres pueden comprar los cuerpos femeninos. La prostitución es un fenómeno de género, siendo esta ejercida mayoritariamente por mujeres.

Se investiga el perfil de las mujeres consumidoras prostitutas, tratando de averiguar si existe o no relación entre el consumo y la prostitución y, en caso afirmativo, cuál de los dos fenómenos se produce antes. Se estudia la variable de la nacionalidad (ser española o extranjera), de la edad y del lugar de ejercicio de la prostitución.

Se comprueba que el ser española o extranjera tiene un peso determinante de las otras dos variables. Hay una mayor relación entre el consumo de drogas y la prostitución en el caso de las mujeres españolas. El perfil que se encuentra son mujeres adictas que ejercen la prostitución como una herramienta para poder costearse el consumo, con una larga trayectoria tanto de ejercicio de prostitución como de consumo.

En cuanto a la edad, cabe mencionar que en algunos casos la necesidad de prostituirse fue ajena al consumo y fue en este ámbito en el que comenzaron a consumir, mientras que en otros casos, debido a su adicción, ejercieron la prostitución para poder costearse el consumo.

Por último, se encuentra que el consumo de alcohol y cocaína especialmente es frecuente en los clubs y locales, ya que parte del entretenimiento son las bebidas alcohólicas y existe un fácil y frecuente acceso a las mismas. El consumo de alcohol es la forma usual del establecimiento de la relación entre los clientes y las mujeres. En muchas ocasiones, son los propios dueños de los locales quienes promueven dicho consumo de alcohol en las mujeres, ya que promueve su disponibilidad y desinhibición, hechos que fomentan los contactos con los clientes y que se encuentren con una mayor disposición a la hora de satisfacer sus demandas. También el alcohol se trata de un facilitador para ellas del ejercicio de la actividad, para poder sobrellevarlo mejor. El consumo de cocaína también logra el efecto de la desinhibición y un mayor aguante en la actividad sexual. Existe un gran número de clientes con un consumo habitual de cocaína, por lo que se trata de una sustancia muy presente en la relación prostituta-cliente, ya que en muchas ocasiones ellos buscan un consumo conjunto.

#### **4.4. Tratamiento**

Introducir la perspectiva de género en el tratamiento de mujeres con problemas de consumo implica tener en cuenta durante las distintas fases del proceso no solo el hecho de ser mujer, sino además contextualizarlo en la presente cultura y el momento histórico correspondiente. Además, como se ha mencionado anteriormente, ha de tenerse en cuenta la asimetría que existe entre el sexo masculino y el femenino y la distinta estimación social de cada uno de ellos. (Castaños et al., 2007)

Castaños et al. (2007) proponen una serie de aspectos a incluir en cada una de las fases del tratamiento para incluir la perspectiva de género.

- Fase de evaluación.

Desde un primer momento ha de crearse un espacio seguro y acogedor, generador de confianza. Este, además, ha de ser flexible en lo referente a la disponibilidad horaria (han de tenerse en cuenta las cargas familiares) y en cuanto a que la evaluación ha de ser abierta



para así poder contemplar las necesidades específicas de la mujer y no tanto ceñirse a un protocolo cerrado y demasiado estructurado.

Cobra especial importancia en esta fase la confidencialidad que hay que asegurar en todo momento y un tratamiento cauteloso de la información que se desee compartir a otros profesionales, en tanto en cuanto se trate de evitar la que contribuya a la estigmatización de la mujer o lesione su derecho a la intimidad.

Por último, se tratarán de abordar los aspectos que guarden relación con las cargas familiares, con los roles de feminidad y masculinidad con los que los que se sienten identificadas las usuarias, con posibles situaciones de abuso o violencia, con la autoestima, con los sentimientos de vergüenza y culpa y con la sexualidad y su posible relación con la historia d consumo.

- Fase de deshabitación.

En esta fase se van a tratar de marcar los siguientes objetivos:

- Motivación para un tratamiento a largo plazo, intentando transmitir un modelo de intervención que, además de tener en cuenta los factores causales y las consecuencias del consumo abusivo en los planos biológico, psicológico y social, contemplará los condicionantes específicos por el hecho de ser mujer.
- Identificación de medidas de control externo que favorezcan la abstinencia. Tener muy en cuenta las posibles situaciones de violencia que puedan ser reforzadas por dicho control externo, en tanto en cuanto ha de prestarse especial cuidado respecto a quién y de qué modo se ejerce este control.
- Identificación de los apoyos externos. Tratar que la familia se convierta en un apoyo real y promoción de la participación de la mujer en otras relaciones sociales saludables.
- Identificación de los recursos personales de la mujer. Reforzar los patrones que la han hecho salir adelante en las situaciones difíciles y reflexionar acerca de aquellos que no hayan sido tan útiles.
- Identificación de posibles situaciones de riesgo, que la conduzcan a una recaída. Se han de tener en cuenta las situaciones que provengan de imperativos de género como el ser una buena madre e hija, el tener pareja, el ser atractiva o el poder actuar como apoyo para los demás.

Las situaciones de riesgo de las mujeres suelen diferir de las de los hombres, estando relacionadas en el caso de la mujer con estados emocionales negativos como la tristeza, y en el caso del hombre positivos como la euforia.

- Desarrollo de habilidades para prevenir las recaídas, que incluiría la identificación del deseo de consumir, el conocimiento del proceso de recaída y la incorporación del enfoque de género en los modos de afrontar los obstáculos, reflexionando acerca de los roles de género y explorando la función que puede estar cumpliendo el consumo.
  - Desarrollo de destrezas relacionales para promover relaciones que se encuentren fuera del contexto de consumo. Tratar de fomentar especialmente habilidades de autoafirmación frente a los demás, para aprender a establecer límites, a expresar sus propias opiniones y necesidades, y, en definitiva, lograr un aprendizaje de la expresión de las emociones que históricamente se han negado al rol de la mujer, como el enfado.
  - Detección de posibles ámbitos de conflicto para no solo promover la autoconsciencia de la mujer acerca de sus propias dificultades, sino para tratar de impulsar la motivación para el cambio, relacionando dichos obstáculos que se encuentran en el consumo con el hecho de ser mujer y los estereotipos sociales que lleva acompañado dicho rol.
  - Retroalimentación constante de los logros conseguidos, como aspecto transversal durante todo el proceso.
- Fase de incorporación social.

Se pretende con esta fase el desarrollo de un proyecto a corto, medio y largo plazo, en los diferentes ámbitos vitales (a nivel personal, a nivel social, a nivel formativo laboral y a nivel familiar). Para ello, es necesaria la coordinación con otros recursos y profesionales.

Una incorporación del enfoque de género al tratamiento de adicciones también supone el conocimiento de cómo se relaciona cada uno de los sexos a la hora de acceder a los recursos, las oportunidades de desarrollo individual y en la toma de decisiones. Gracias a la realización de un análisis de género antes de la implementación de un programa de tratamiento de drogodependencias, es posible acceder a información específica de los usuarios y las usuarias de dicho programa. La incorporación de la perspectiva de género permite trabajar con las expectativas y los roles atribuidos a

hombres y mujeres en determinado contexto sociocultural. Tener en cuenta el enfoque de género a consecuencia de un análisis de género fortalece la eficacia de las intervenciones ya que coloca las características particulares de las personas, así como sus diferencias, en el centro. (Villar Márquez, 2014).

Según Villar Márquez (2014) las necesidades de las personas, sus motivaciones, sus expectativas y el modo que tienen de relacionarse no son homogéneas. *“El género, es decir, la construcción cultural elaborada a través de la historia en base a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, define que sus riesgos y niveles de vulnerabilidad sean distintos.”* Esto implica que se han de tener en cuenta dichas especificidades en la realización de las distintas políticas y programas de tratamiento. Propone una serie de recomendaciones para tener en cuenta la perspectiva de género en el diseño e implementación de los mismos:

- Datos diferenciados por sexo.

Los diagnósticos, los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación han de incluir datos diferenciados por sexo, para así poder profundizar en la perspectiva de género. Cuando los programas incluyen indicadores por sexo es posible medir las debilidades y los avances en las intervenciones.

- Acceso y control de recursos.

Es importante tener conocimiento del nivel de acceso por sexo a los recursos a la hora de tomar decisiones.

- Uso del tiempo y participación.

Los programas e intervenciones han de contemplar el modo en que mujeres y hombres administran sus tiempos, la carga de trabajo tanto doméstico como remunerado. En la creación de programas de tratamiento y rehabilitación se ha de tener en cuenta la sobrecarga de trabajo del sexo femenino que suelen tener especialmente cuando tienen hijos o personas mayores a su cargo.

- Factores de riesgo.

En el diseño de las intervenciones también se han de contemplar los factores de vulnerabilidad, en caso de que los haya, como lo son un bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico o la pertenencia a un grupo marginado o minoritario de la sociedad, como por ejemplo, la pertenencia a determinada etnia o la pertenencia a población discapacitada.

Por su parte, Martínez Redondo (2017) también elabora una serie de cuestiones básicas para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias:

- Separar los datos por sexos para visibilizar de un modo estadístico la realidad que envuelve la situación de la mujer adicta.
- Tomar consciencia de que disgregar los datos por sexos no significa hablar de género.

Normalmente, se nombran las diferencias por sexo que se perciben y se presentan como la realidad existente: “las mujeres hacen esto y los hombres hacen esto otro”. El género implica contemplar los factores causales, el trasfondo, de las divergencias encontradas, así como el estudio de la relación existente entre el contexto social, los valores y la identidad de cada individuo.

- El enfoque de género tiene como propuesta un cambio del sistema.

El análisis de la realidad desde la perspectiva de género, conlleva la voluntad de cambio de la misma, los profesionales y de los individuos con los que se trabajan. Es un modo de visibilizar la desigualdad existente y una herramienta para poder alcanzar la equidad.

- El enfoque de género no es un apartado de un proyecto sino que ha de empapararlo todo, es decir, ha de ser un aspecto transversal que se encuentre presente en todo el proyecto o programa.
- Se han de producir indicadores de género cuantitativos y cualitativos en la evaluación.

A nivel cualitativo en tanto en cuanto conseguir indicadores que aporten información acerca de los valores predominantes en cuanto al género, acerca de las creencias y actitudes, del acceso de la mujer a los recursos, de la responsabilidad que los varones asumen en las tareas del hogar y del cuidado, etc. A nivel cuantitativo, los indicadores van a dar información acerca del número de personas en los indicadores cualitativos mencionados, pero es necesario que ambos se retroalimenten y que la presencia estadística de un sexo u otro se contemple en los análisis cualitativos llevados a cabo desde el enfoque de género.

## **5. Recomendaciones**

Siguiendo a Castaño (2017), es esencial la **formación de profesionales** en perspectiva de género y en la existencia de desigualdades de género en el consumo femenino.

Ello implica una toma de consciencia de la realidad androcéntrica y patriarcal en la que vivimos, y llevar a cabo los diferentes planes de actuación tratando de identificar las especificidades que caracterizan el sexo masculino y el femenino, e intentando explicar sus causas. Teniendo esto en cuenta, pueden tenerse en consideración las diversas necesidades características de ambos sexos, para poder dar una respuesta eficaz a las mismas. (Cantos, 2017).

También considero importante la **concienciación** de los distintos **usuarios** que acuden a tratamiento, tanto hombres como mujeres, en cuestiones de género. Han de aprender acerca de los roles de género y su posible influencia en su patrón de consumo.

A nivel más concreto, la transmisión de un enfoque de género, tanto a los profesionales que trabajen en el ámbito de las drogodependencias, como la dirigida a los usuarios, implica tomar conciencia de los siguientes aspectos (Cantos, 2017):

- Las desigualdades entre hombres y mujeres tienen un carácter histórico, en tanto en cuanto llevan teniendo lugar a lo largo de los años.
- Entre el sexo femenino y el masculino se han establecido relaciones de poder, viéndose favorecidos los hombres y discriminadas las mujeres. Estas relaciones son una construcción social.
- Dicha diferenciación entre ambos sexos influye en el establecimiento de los roles asumidos por cada uno de ellos.
- A día de hoy, a pesar de los avances que van teniendo lugar, aún existen desigualdades en materia de género.

Transmitiendo estos aspectos, el abordaje de la adicción puede ser más completo y ajustarse a las necesidades específicas de cada usuario. Además, el aprendizaje por parte de los usuarios de estas cuestiones permitiría una mayor comprensión del propio patrón de consumo, además de una disminución de la estigmatización que probablemente muchos tengan hacia sí mismos y hacia los demás usuarios.

Por otro lado, considero imprescindible tener en mente el concepto de **interseccionalidad** en la incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento de la drogodependencia. Este concepto hace referencia a la situación en la que un tipo de discriminación interacciona con otros tipos de discriminaciones, dando lugar a una situación única, como por ejemplo la que viven las mujeres de etnia negra (Cantos, 2017).

Aunque estén teniendo lugar avances en la sociedad, la mujer consumidora suele tener que lidiar con una doble discriminación, como se ha ido nombrando a lo largo del trabajo. Además, pensemos en este concepto también en los casos en los que, además de lidiar con la discriminación por ser consumidor o consumidora, la persona tiene una nacionalidad extranjera. Teniendo en cuenta los diferentes tipos de discriminación que puede llegar a sufrir un mismo usuario en el contexto de las adicciones, pueden contemplarse y trabajarse en la intervención que se lleve a cabo con el mismo.

Por último, es necesaria la existencia de **equipos interdisciplinares** para lograr que los programas de intervención se desarrollen de un modo integral, y no se encuentren divididos por sectores y sin el establecimiento de jerarquías (Martínez Redondo, 2017).

Trabajando de un modo interdisciplinar, se puede abordar cada caso de un modo holístico, teniendo en cuenta las diversas perspectivas procedentes de los distintos profesionales. Además, lo que se genera desde la interacción es mucho más valioso que lo que podría aportar cada profesional como persona individual. También es posible que, debido a que se reparten las tareas, pueden conseguirse soluciones en un plazo de tiempo menor, al mismo tiempo que la carga de trabajo para cada uno de ellos disminuye.

## **6. Conclusiones**

Existen una serie de aspectos diferenciales en el patrón de consumo entre el sexo femenino y el sexo masculino, entre los que destacan los factores motivacionales o las causas del inicio del consumo, el estilo de consumo, el tipo de sustancia de mayor prevalencia consumida, la situación familiar y económica, y los trastornos más prevalentes que presentan comorbilidad con el consumo (patología dual).

Pese a que tradicionalmente la figura del varón se ha tomado como eje de referencia en los programas de tratamiento y de prevención de la adicción, cada vez existe una mayor conciencia del trabajo en drogodependencias teniendo en cuenta la perspectiva de género.

A modo de conclusión, cabe mencionarse que es imprescindible una formación continua en cuestiones de género, y tenerlas presentes en la realización de cualquier tipo de intervención.

## **7. Referencias**

- Anne Comtois, K., y Ries, R. K. (1995). Sex Differences in Dually Diagnosed Severely Mentally Ill Clients in Dual Diagnosis Outpatient Treatment. *The American Journal on Addictions*, 4(3), 245-253.
- Arostegui, E. y De Audikana, J.M.G. (2017). *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ávila, J.J. y González, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383-392.
- Blanco, P., Sirvent, C. y Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.
- Bríñez-Horta, J.A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13(4), 439-455.

- Cantos, R. (2017). Incorporar la perspectiva de género, ¿cómo hacerlo en programaciones y aspectos sociales? En E. Arostegui y J.M.G. De Audikana (Eds.), *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 155-168). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castaño, V. (2017). La urgencia de entender y atender a las mujeres desde la perspectiva de género. En E. Arostegui y J.M.G. De Audikana (Eds.), *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 69-88). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), 1995-2017.
- Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 2017-2018. Recuperado el 10 de diciembre de 2018 de <http://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4460>.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre la drogodependencia y género. *Salud y drogas*, 5(2), 117-135.
- Forth-Finegan, J. L. (1992). Gender socialization and women's addiction - a literature review. *Journal of Feminist Family Therapy*, 3(3-4), 19-48.
- Gómez, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos adictivos*, 8(4), 251-260.
- Gómez, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 83-98.
- Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones*, 16(2), 115-130.



- Marín-Navarrete, R., De la Fuente-Martín, A., Cano-Arrieta, G., Villalobos-Gallegos, L., Bucay-Harai, L., Larios-Chávez, L. y Ambriz-Figueroa, A.K. (2015). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 41-49.
- Martínez Redondo, P. (2017). Profesionales y formación en perspectiva de género: un reto pendiente. En E. Arostegui y J.M.G. De Audikana (Eds.), *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 89-104). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.
- Nerín, I. y Jané, M. (2010). Políticas de género de ámbito global en el control y la prevención del tabaquismo. *Salud pública de México*, 52(2), 304-314.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*, 101(2), 259.
- ONU. (1997). Resoluciones y decisiones del Consejo Económico y Social. Nueva York.
- ONUDD. (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena.
- ONU Mujeres. (2019). Incorporación de la perspectiva de género. Recuperado el 10 de enero de 2019 de <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>.
- Orte, C. (2017). Mujer y drogas: programas de prevención basados en la evidencia científica. En E. Arostegui y J.M.G. De Audikana (Eds.), *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 21-50). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ortiz, P. y Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 63, 121-144.

- Pecharromán, B. (2017). ¿Por qué hombres y mujeres se diferencian en el consumo de drogas? En E. Arostegui y J.M.G. De Audikana (Eds.), *Perspectiva de género en la Intervención en Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 105-122). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco*. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia.
- Sirvent, C. (2001). Mujer y adicción. *Comunicación presentada a las Jornadas de la Fundación Andaluza de Drogodependencias*. Marbella.
- Taylor, A. (1998). Needlework: The lifestyle of female drug injectors. *Journal of Drug Issues*, 28(1), 77-90.
- Tomás-Dols, S., Valderrama-Zurián, J.C., Vidal-Infer, A., Samper-Gras, T., Hernández-Martínez, M.C. y Torrijo-Rodrigo, M.J. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones*, 19(2), 169-178.
- Vannicelli, M. y Nash, L. (1984). Effect of sex bias on women's studies on alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8(3), 34-36.
- Villar Márquez, E. (2014). *Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). Madrid.
- Wetherington, C. L. (2007). Sex-gender differences in drug abuse: a shift in the burden of proof? *Experimental and clinical psychopharmacology*, 15(5), 411.
- Wu, L.T. y Ringwalt, C.L. (2004). Alcohol Dependence and Use of Treatment Services Among Women in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1790-1797.