



COMILLAS

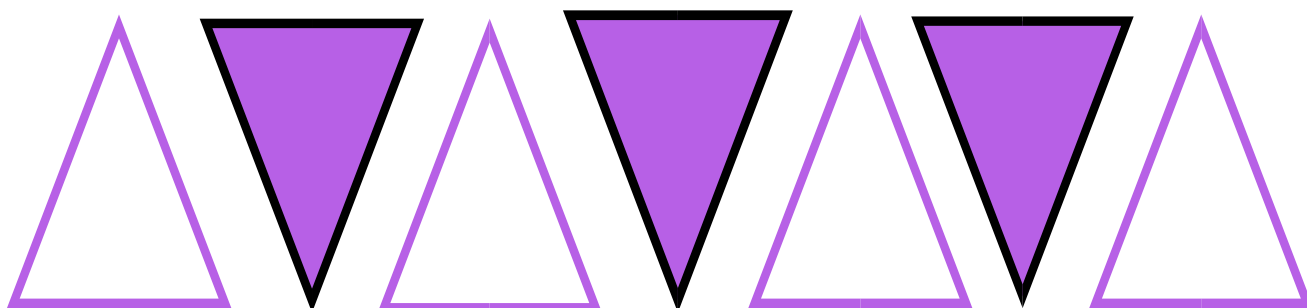
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

TRABAJO FINAL DE GRADO:
**“APLICACIÓN DE LA
PERSPECTIVA DE
GÉNERO AL
TRATAMIENTO DE LA
DROGODEPENDENCIA”**



DIRECTORA: EVA M. RUBIO GUZMÁN
AUTORA: ANABEL RAMÍREZ LÓPEZ

ABRIL, 2019
MADRID



Resumen

Este trabajo analiza la aplicación de la perspectiva de género en la atención a personas drogodependientes partiendo de una revisión bibliográfica y de un contacto con diversos y diversas profesionales de distintos centros de atención a drogodependientes para tratar de conocer la mirada de género que aplican en la intervención con personas drogodependientes.

Palabras clave: perspectiva de género, género, drogodependencia, intervención con drogodependientes.

Abstract

This project analyzes the application of the gender perspective in the attention to drug addicts based on a bibliographic review and a contact with diverse professionals from different centers of attention to drug addicts to try to know the gender perspective that they apply in the intervention with drug addicts.

Palabras clave: gender perspective, gender, drug addiction, intervention with drug addicts.

Índice

1. Introducción	3
2. Metodología	5
3. Género.	9
3.1. La categoría de género.	9
3.2. Confusiones conceptuales sobre el género.	9
4. Las drogas y sus tipos.....	11
5. Diferencias en el consumo entre hombres y mujeres.....	14
6. Diferencias de género en el consumo de drogas en adolescentes.....	20
7. Perfil de la mujer consumidora de drogas.	22
7.1. Construcciones sociales sobre las mujeres drogodependientes	24
8. Motivaciones del consumo.	26
9. Consecuencias del consumo de drogas en mujeres.	29
10. Drogas y violencia de género.	31
11. Rehabilitación de mujeres drogodependientes	34
11. 1. Etapas del tratamiento.....	35
11.2. Dificultades en el tratamiento de la adicción en mujeres.	41
11.2.1. La pareja consumidora como obstáculo al tratamiento. Otro modo de violencia de género.....	42
12. Recursos en la Comunidad de Madrid de atención a personas drogodependientes.	44
13. Propuestas para la atención a personas drogodependientes desde la perspectiva de género.	52
14. Bibliografía.....	57

1. Introducción

El significado de las sustancias psicoactivas para las personas consumidoras se encuentra en el contexto social y cultural donde se produce el consumo, y es en ese mismo contexto donde se construye el hecho de ser mujer.

En los últimos años, según Romo (2005), el movimiento feminista ha impulsado que hayan salido a la luz cuestiones del género femenino que estaban ocultas en la sociedad, fomentando que se dé una aplicación de la perspectiva de género en diferentes ámbitos sociales. Esto ha permitido que en el estudio del uso de drogas se haya implantado esta perspectiva, incluyendo a las mujeres que han estado invisibles durante casi toda la historia en el ámbito de las drogodependencias, puesto que, desde siempre, el problema del consumo y abuso de drogas se vinculaba con el género masculino, así como el diseño de programas de tratamiento.

En la actualidad, se están dando movimientos profesionales para incluir la perspectiva de género tanto en la atención como en la prevención del consumo de drogas. Esta implementación se está dando progresivamente, ya que, el cambio real se dará cuando la perspectiva de género establezca una mirada diferencial de los datos permitiendo así, el ajuste de los mismos a la realidad de las mujeres.

En este trabajo se va a analizar la situación de la mujer drogodependiente para que la atención y la intervención sea adecuada y se realice con perspectiva de género, relegando así la mirada sesgada por la visión androcéntrica y sexista en la atención a personas drogodependientes (Meneses, 2007).

El hecho de que no se haya tratado de manera adecuada y desde una perspectiva de género el consumo de drogas, conlleva que sea el contexto cultural y social el que condiciona la forma en la que las mujeres usan las drogas. Es importante tener la perspectiva de género presente para saber cómo las mujeres utilizan las drogas, cómo inician el consumo y por qué se mantienen en el mismo (Romo, 2005).

Este es uno de los motivos por los cuales se ha decidido llevar a cabo este trabajo, ya que es fundamental conocer cuál es la realidad de las mujeres drogodependientes para ajustar la atención que ofrecen los centros especializados en drogodependencia o en adicciones

a las necesidades y demandas que plantean las mujeres que son adictas a diferentes tipos de sustancias psicoactivas. Al analizar las diversas situaciones de la mujer consumidora, se han tenido en cuenta diferentes aspectos a la hora de adaptar la atención a estas mujeres, con el fin de que las actuaciones desarrolladas desde el trabajo social, ofrezcan una atención eficaz y sirvan para solventar las situaciones problemáticas de las mujeres consumidoras. Con este fin último, se ha visto necesario proponer diferentes tipos de mejoras desde la perspectiva de género a implantar en los recursos que ofrecen atención a personas drogodependientes.

2. Metodología

Los objetivos de esta investigación son:

- Conocer la realidad diferencial de las mujeres drogodependientes.
- Conocer los recursos de atención a personas drogodependientes y advertir de programas de perspectiva de género que poseen en los mismos.
- Proponer recomendaciones en perspectiva de género para la mejora de la atención en mujeres drogodependientes.

El trabajo llevado a cabo se desarrolla mediante una investigación en profundidad de fuentes secundarias y el acceso a ciertas fuentes primarias.

Las fuentes secundarias utilizadas para el desarrollo del trabajo han sido localizadas fundamentalmente mediante Dialnet y Google Académico.

En la base de datos de Dialnet se han introducido las palabras clave mujer y drogas, hallándose 93 documentos completos. Asimismo, en la misma base de datos se ha introducido la expresión “perspectiva de género” y el resultado ha sido de 16.877 documentos, acotando la búsqueda únicamente a textos completos y el resultado se redujo a 11.840 documentos. Este concepto ha sido buscado para poder conceptualizar el trabajo que se ha llevado a cabo. En Dialnet se indagó también sobre el perfil de la mujer consumidora, donde la búsqueda dio como resultado 24 documentos, reduciendo la búsqueda a textos completos, se quedaron en 18. Esta búsqueda ha ido disminuyendo en función de los títulos de los documentos que tenían relación con el trabajo que se ha llevado a cabo hasta conseguir un documento en relación a la perspectiva de género y cinco documentos en relación con mujer y drogas.

En Google Académico la búsqueda ha sido parecida, ya que se ha hecho una búsqueda exhaustiva sobre mujer y drogas, donde se ha encontrado información en determinadas guías de diferentes Comunidades Autónomas de España (Galicia, País Vasco e Islas Baleares), en las que se ahonda sobre la problemática de las mujeres consumidoras de drogas.

De igual manera se ha consultado documentación on-line en el Plan Nacional sobre Drogas, donde se encuentra el informe de 2017 realizado mediante la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Este informe ha sido relevante a la hora de tener en cuenta las diferencias del consumo de drogas en hombres y mujeres adultos/as y en adolescentes.

En relación a las fuentes primarias consultadas, se ha consultado a los siguientes centros sobre el modo en que incorporan la perspectiva de género en los mismos. Se trata de cuatro centros públicos y privados que trabajan con personas drogodependientes en la Comunidad de Madrid. Los centros que se han elegido han sido:

- a) Los Mesejo
- b) Los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD)
- c) Los Centros de Atención Integral a Drogodependientes. Específicamente el CAID de San Sebastián de los Reyes.
- d) Proyecto Hombre

Las razones por las cuales he elegido estos centros es porque dan cobertura a la atención de personas drogodependientes en Madrid, por lo que es importante tenerlos en cuenta a la hora de analizar las intervenciones que se realizan en los mismos y si incluyen la perspectiva de género.

Para establecer un contacto con otros centros, se ha buscado el e-mail de los recursos en las páginas web pertinentes de cada uno de ellos. El contacto con dichos centros se ha realizado mediante un e-mail, donde se les pregunta como incluyen la perspectiva de género en el recurso, en el e-mail se les ha escrito lo siguiente:

Buenos días, soy Anabel Ramírez, alumna de la Universidad Pontificia de Comillas cursando 5º de Criminología con Trabajo Social.

Mi Trabajo Final de Grado (TFG), cursa sobre la perspectiva de género en mujeres drogodependientes, y me gustaría saber qué aplicación de la perspectiva de género establecéis en las intervenciones.

Me gustaría que, por favor, me explicarais cómo incorporáis la perspectiva de género en Proyecto Hombre.

Muchas gracias de antemano.

Un saludo.

Anabel

A partir de este contacto, se ha podido conocer cuáles son las líneas de actuación en relación a la perspectiva de género en el CAID de San Sebastián de los Reyes y en Proyecto Hombre, que son las únicas entidades que respondieron a mi consulta.

Para indagar sobre la perspectiva de género en la atención a drogodependientes en Madrid, se ha revisado bibliografía on-line en la página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid, donde se ha encontrado el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021, en el que se encuentran las líneas de actuación a llevar a cabo en los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD). En este Plan hay un apartado exclusivo sobre la atención a mujeres drogodependientes.

En relación al recurso de los Mesejo, se ha extraído la información en la página web de la Comunidad de Madrid, donde se encuentran las funciones que ofrece el servicio a la población. En la página web principal del recurso no se ha encontrado información relativa a la implementación de perspectiva de género en la atención.

Con respecto al Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), que pertenece a la Agencia Antidroga, no se ha encontrado información en relación a la implementación de la perspectiva de género en dichos recursos. En cambio, mediante el contacto vía e-mail con una profesional que trabaja en el CAID de San Sebastián de los Reyes, se ha obtenido información relativa a la perspectiva de género, ya que en este centro se va a llevar a cabo un grupo de apoyo únicamente de mujeres, aunque según dicha profesional, la perspectiva de género es aplicada de manera transversal en todas las intervenciones llevadas a cabo con personas consumidoras.

La información relativa a la inclusión de la perspectiva de género en Proyecto Hombre ha sido recabada mediante contacto por vía e-mail con una profesional del centro, la cual ha aportado información necesaria de cómo incluyen la perspectiva de género en el recurso.

3. Género.

3.1. La categoría de género.

Antes de comenzar a estudiar la problemática de las mujeres en el consumo de drogas desde la perspectiva de género es importante saber qué es el género.

Según Lamas (1995) hay que entender el género como: una construcción cultural de las características biopsicosociales y como una categoría analítica, la cual permite entender la construcción del mismo en cada contexto social, cultural e histórico, es decir, el género como un sistema y como una categoría de análisis.

El concepto de género permite entender que algunos de los asuntos que se piensan que son atributos “naturales” de hombres y mujeres, realmente son características que se construyen socialmente y que no tienen relación con la biología. La socialización distintiva que reciben los niños y las niñas generan características y conductas diferenciadas¹ (Lamas, 1995).

Después del hecho de conocer las diferencias entre sexo biológico y construcciones sociales, se empezó a generalizar el uso de género para denominar a las situaciones discriminatorias que sufren las mujeres, siendo justificadas por las diferencias sexuales cuando realmente el origen se encuentra en la sociedad (Lamas, 1995). La diferenciación entre estos dos conceptos establece qué lugar ocupan los hombres y las mujeres dependiendo de la organización social y cultural y no de las diferencias biológicas.

3.2. Confusiones conceptuales sobre el género.

La palabra género en castellano no tiene relación con el término anglosajón “gender” puesto que estos conceptos poseen acepciones diferentes. El término “gender” incluye a ambos sexos, en cambio en el castellano no se engloban (Lamas, 1995). La Real Academia Española define género como “clase o tipo a que pertenecen personas o cosas”, en cambio, Lamas (1995) explica que, en el diccionario de uso español de María Moliner, no es hasta en la quinta acepción cuando se hace referencia a la definición gramatical por la cual sustantivos, adjetivos o artículos pueden ser femeninos, masculinos o artículos y pronombres neutros. Asimismo, Lamas (1995) refiere que otros idiomas como el alemán,

¹ Socialización diferencial.

tienen un lenguaje neutro, por lo que cuando se habla de niños y niñas en conjunto, en vez de englobarlos bajo el masculino como se hace en el castellano “los niños”, utiliza un neutro que los abarca sin establecer lo masculino o femenino.

En castellano, la connotación de género que se relaciona con la construcción de lo masculino y lo femenino se comprende con el género gramatical “el”, “los” o “la”, “las”. A los sexos también se les nombra en género masculino o femenino (el chico o la chica), vinculando así, el sexo con el género.

De igual manera, el género ha pasado a categorizar a las mujeres, como sucede con la “perspectiva de género”, cayendo en el error de que únicamente se refiere a las mujeres o a la perspectiva del sexo femenino, ya que se reduce el género a "un concepto asociado con el estudio de las cosas relativas a las mujeres." (Lamas, 1995:4). El género afecta de igual manera a hombres que a mujeres, ya que el género son las áreas (estructurales o ideológicas) donde se dan relaciones entre los sexos, incluyendo las relaciones sociales entre los mismos.

Por lo que se entiende que el género es el conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo que es masculino y femenino y el sexo hace alusión a lo biológico. Estos conceptos son necesarios e insustituibles, ya que el género hace referencia a lo construido socialmente sobre los sexos (Lamas, 1995).

Entendiendo estos términos, es importante tener una visión crítica basada en la perspectiva de género para poder analizar realidades sociales como, en este caso, el consumo de drogas.

4. Las drogas y sus tipos

Las drogas son sustancias que afectan al sistema nervioso central de la persona generando cambios de estado de ánimo, conductuales y perceptivos. El consumo de drogas genera dependencia tanto física como psicológica.

A continuación, se van a explicar los tipos de drogas en función de la sustancia psicoactiva principal, esta clasificación ha sido extraída de la página web “energy control”²

- **Alcohol:** su nombre científico es etanol, que es la sustancia la cual se encuentra en las bebidas alcohólicas. Hay dos tipos de alcohol, por un lado, el alcohol fermentado que deriva de azúcares de frutas y cereales (cerveza o vino) y por otro lado el alcohol destilado, que se da con la destilación de los alcoholes fermentados (ron o whisky). Esta sustancia psicoactiva es un depresor del sistema nervioso central, y dependiendo de la dosis que se tome, los efectos van a ser diferentes, en pequeñas dosis el alcohol genera estimulación y euforia, pero en dosis altas ralentiza todas las funciones vitales, pudiendo llegar a inducir al coma.
- **Cannabis:** su nombre científico es Tetrahidrocannabinol (THC). Dentro del cannabis encontramos la marihuana (6-14% de THC), el hachís (10-20% de THC) y el aceite de hachís (15-60% de THC). Los efectos principales del cannabis son la relajación, la hipersensibilidad, la reducción de náuseas y dolor, el aumento de la creatividad y la dificultad para pensar y concentrarse. Algunos de los efectos no deseados por el cannabis son: pánico, paranoia, sequedad de boca, problemas respiratorios, nerviosismo y aumento de la tasa cardiaca.
- **Cocaína:** su nombre científico es Benzoylmethylecgonine. La cocaína está formada por Clorhidrato de Cocaína en proporciones variables. Los efectos principales de esta sustancia psicoactiva son: euforia, ausencia de cansancio y hambre, aumento de la tasa cardiaca y sensación de bienestar. Asimismo, el consumo de cocaína también puede generar fatiga, irritabilidad, pérdida del apetito, dolor abdominal y muscular, náuseas ó vómitos.

² <https://energycontrol.org/> (fecha de consulta: 19 de febrero de 2019)

- **Éxtasis:** su nombre científico es 3,4-Metilendioximetanfetamina y pertenece a la familia de las fenetilaminas. El éxtasis se conoce como MDMA o pastillas y se encuentra en forma de comprimidos o en polvo. Los efectos principales del éxtasis son la intensificación de las sensaciones emocionales, sociabilización, bienestar, felicidad, euforia, estimulación, aumento en la apreciación de la música, etc. El éxtasis también afecta a la temperatura corporal, lo que puede conllevar a hipertermia (aumento importante de la temperatura corporal) o hipotermia (disminución de la temperatura corporal), asimismo, hay efectos secundarios negativos como: pérdida de apetito, distorsiones visuales, movimientos oculares involuntarios, incremento de la tasa cardíaca y de la presión arterial, nerviosismo, vómitos, ansiedad, sudoración, mareos, confusión, boca seca, tensión mandibular, dificultades de concentración, dilatación de las pupilas... cuanto más se espacien los consumos, menores serán los efectos secundarios y la posible aparición de secuelas a largo plazo.
- **Anfetaminas:** más conocido como “speed”. Esta sustancia es estimulante del sistema nervioso central, generalmente su vía de consumo es nasal, aunque también se suministra por vía oral. Los principales efectos de las anfetaminas son sensación de bienestar, incremento en el nivel de alerta y en la capacidad de concentración, disminución de las sensaciones de cansancio, sueño y hambre. Aunque también pueden aparecer efectos secundarios no deseados como aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, insomnio y convulsiones.
- **Metanfetaminas:** su nombre científico es desoxiefedrina, pertenece a la familia de las anfetaminas, pero con efectos más tóxicos que éstas. Los principales efectos de la metanfetamina son: sensación de energía y euforia, con incremento en el nivel de alerta y rendimiento intelectual, disminución de la necesidad de dormir y comer. Esta sustancia genera una tolerancia significativa y además una dependencia psicológica. Los efectos secundarios no deseados son los mismos que los de la anfetamina.
- Las **drogas alucinógenas**, afectan al sistema nervioso central, provocando alteraciones en el funcionamiento del cerebro, ya que afectan a la percepción de la realidad. La droga alucinógena más consumida es el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), más conocida como “tripi”. Los efectos de los alucinógenos son alteración de la realidad, hipersensibilidad, alucinaciones, alteraciones en la percepción del tiempo y espacio, hiperactividad y taquicardia. La problemática del consumo de estas

drogas a largo plazo puede conllevar a la aparición de trastornos psicóticos o flash-back (alucinaciones visuales o auditivas).

- **Psicofármacos:** los psicofármacos atenúan o eliminan sufrimientos psíquicos, como la ansiedad, la depresión o trastornos delirantes. Los psicofármacos son las sustancias psicoactivas más consumida por mujeres.

Estas sustancias deben estar prescritas por un médico, aunque un gran número de personas consumen estos medicamentos para afrontar situaciones difíciles de la vida diaria sin prescripción médica. Los efectos de estas sustancias psicoactivas dependen de la composición química, las dosis y la persona que los consume.

Como he referido anteriormente, los efectos de los psicofármacos dependen de la composición química, por lo que, se distinguen entre:

- Tranquilizantes o ansiolíticos: reducen la ansiedad y la angustia del paciente, como puede ser el insomnio o la tensión muscular.
- Somníferos o hipnóticos: se utilizan para provocar y/o mantener el sueño. Durante el día la persona puede encontrarse somnolienta.
- Neurolepticos o antipsicóticos: usados en psiquiatría (no tienen riesgo de crear dependencia).
- Antidepresivos: (no producen dependencia física). Estos fármacos van dirigidos a personas que tienen depresión, pueden ocasionar efectos secundarios no deseados como pérdida de vigilancia o excitación.

Los psicofármacos son sustancias psicoactivas que pueden generar dependencia física y/o psíquica, ya que, al empezar tras una prescripción médica, si aparecen de nuevas dificultades o nuevos síntomas, la persona va a tender a consumir estos medicamentos como solución.

5. Diferencias en el consumo entre hombres y mujeres

Según el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) en 2017, el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en los hombres que en las mujeres excepto en el consumo de hipnosedantes. Dicho informe recoge el consumo de drogas entre hombres y mujeres por cada sustancia psicoactiva que se expone a continuación.

Las diferencias entre sexos son relevantes en el consumo de alcohol en el último año, ya que el porcentaje en los hombres es de 82,9% y en cambio en las mujeres es del 72,1%. La diferencia del consumo de alcohol es menor en las personas de 15 a 24 años, y la mayor diferencia se encuentra en los sujetos cuya edad se encuentra comprendida entre 55 y 64 años. Además, el consumo de alcohol diariamente en los varones supera en 3,5 veces al consumo que tienen las mujeres.

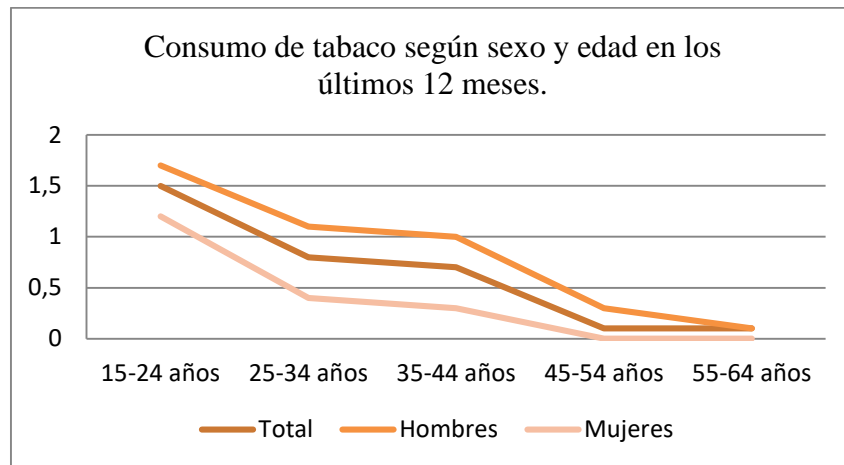
Gráfico 1. Consumo de alcohol según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

El consumo de tabaco es mayor en hombres que en mujeres, el porcentaje de hombres que fuman tabaco es de un 44% frente a las mujeres que cuentan con un 36% de fumadoras. Esta diferencia porcentual es de un 8% entre ambos sexos.

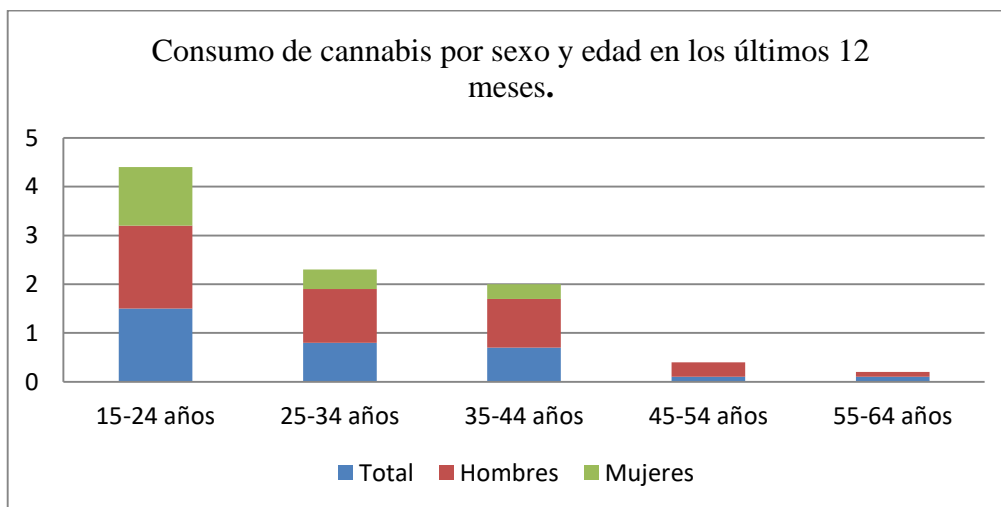
Gráfico 2. Consumo de tabaco según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017)

En el consumo de cannabis también hay una diferencia importante entre hombres (13,3% de consumidores) y mujeres (5,6% de consumidoras).

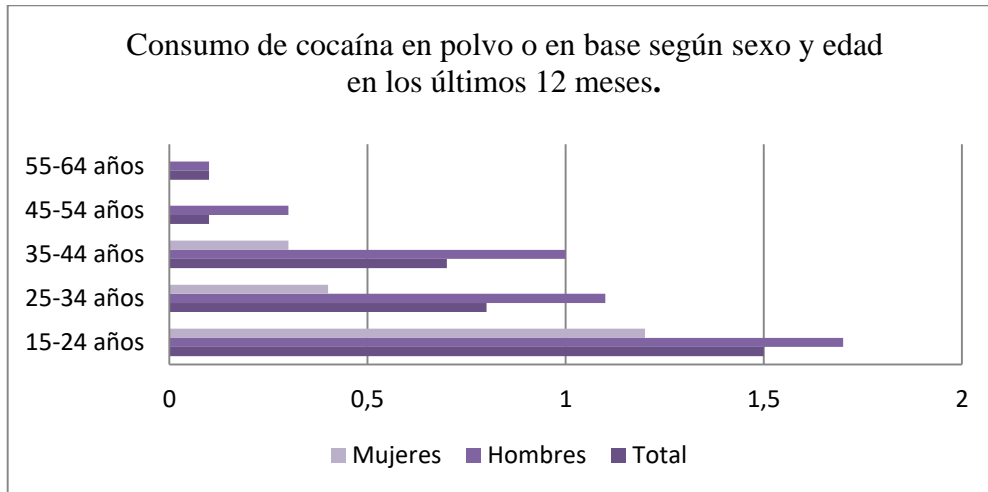
Gráfico 3. Consumo de cannabis según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

El consumo de cocaína es característico en los hombres. En 2015 un 2,9% de hombres consumían cocaína, frente a sólo el 1% de las mujeres.

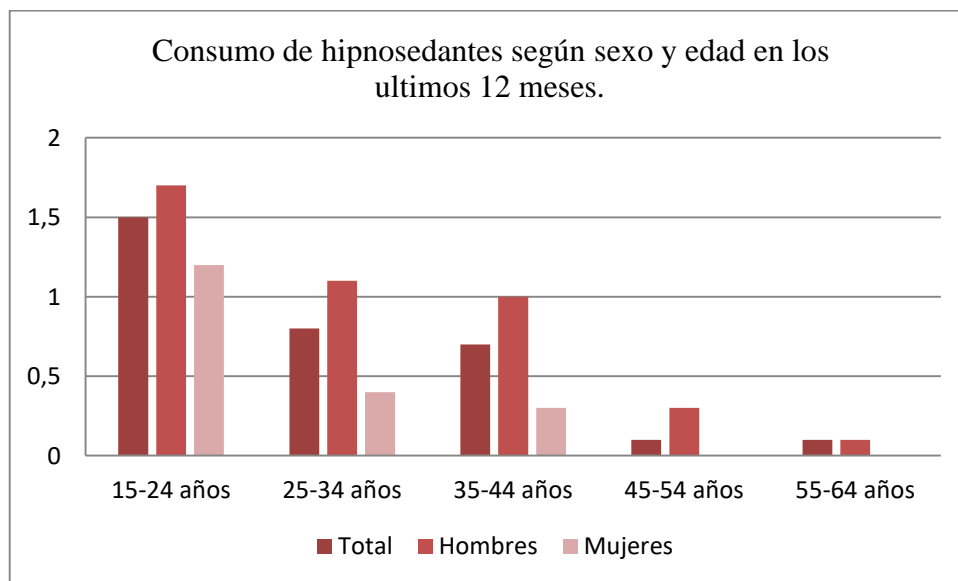
Gráfico 4. Consumo de cocaína en polvo o en base según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

Por el contrario, en el consumo de hipnosedantes, se dan diferencias relevantes dado que el consumo de las mujeres está cerca de duplicar el de los varones. Esto es, el 15,8% de las mujeres consumen hipnosedantes frente al 8,3% de varones.

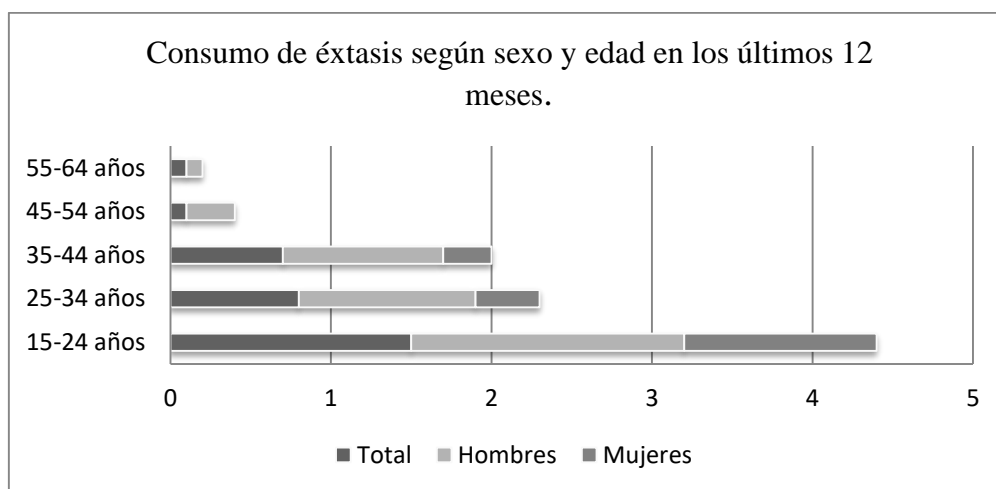
Gráfico 5. Consumo de hipnosedantes según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

En relación al consumo del éxtasis, se da una mayor preeminencia en los hombres. Los grupos de edad donde se da mayor consumo es en la franja de 15 a 24 años, donde por cada mujer consumidora hay 2,3 hombres y en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde la población masculina se encuentra por debajo del 2% frente a la femenina que es de 0,5%.

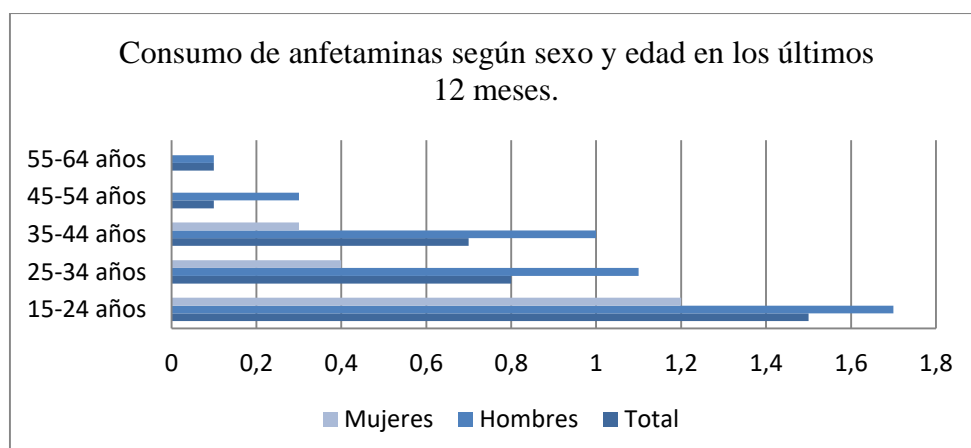
Gráfico 6. Consumo de éxtasis según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

El consumo de anfetaminas se ha ido incrementando a lo largo de los años, aun así, la mayor prevalencia del consumo se encuentra en los hombres de 15 a 34 años (1,5% aproximadamente).

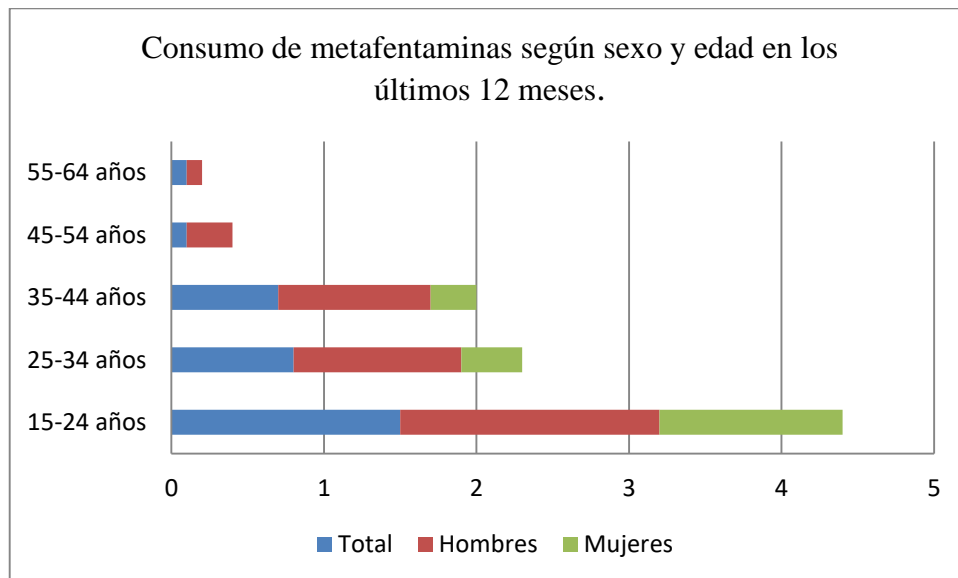
Gráfico 7. Consumo de anfetaminas según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

En el consumo de metanfetaminas, también se da una prevalencia del consumo en hombres entre 25 y 34 años (1,6%) y entre 35 a 44 años (1,5%).

Gráfico 8. Consumo de metanfetaminas según sexo y edad en los últimos 12 meses.

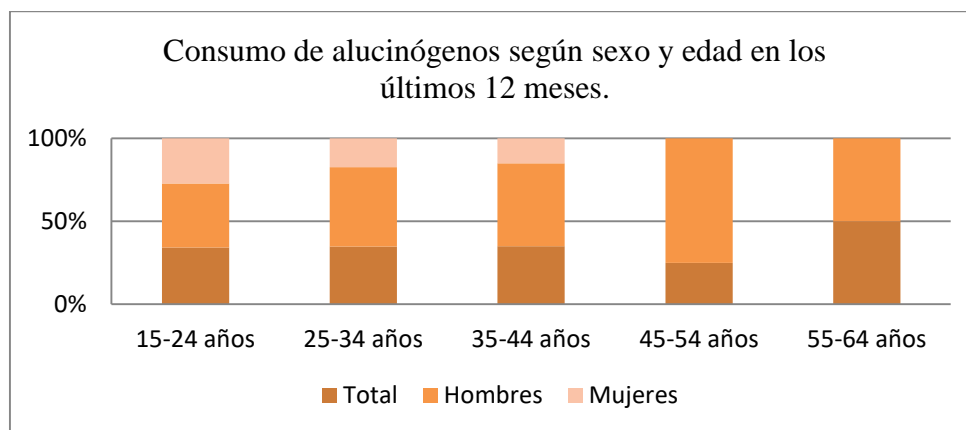


Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017)

El consumo de alucinógenos se ha mantenido desde 1999 hasta ahora, aunque el consumo no llegue a 1% de la población. El grupo donde se sitúa un mayor consumo de alucinógenos es en el grupo de los varones de entre 15 y 24 con un 1,7%, mientras que el consumo de mujeres a esa edad es de un 1,2%.

En cuanto al consumo de setas alucinógenas, el mayor consumo se da en el grupo de edad entre 15 y 24 años con un 1,2%, donde no se observan grandes diferencias en el consumo por sexos.

Gráfico 9. Consumo de alucinógenos según sexo y edad en los últimos 12 meses.



Fuente: Observatorio español de las drogas y las adicciones (2017).

Y, por último, el consumo de heroína e inhalables volátiles no llega al 1% de consumidores en 2015.

6. Diferencias de género en el consumo de drogas en adolescentes.

El consumo de drogas en adolescentes es un apartado importante en este trabajo ya que el indagar sobre esta cuestión permite generar ideas para posibles actuaciones de prevención e intervención con chicas adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. La intervención va a ser diferente cuando se realice con una chica adolescente que cuando se realice con una mujer más mayor. Esto es porque las sustancias consumidas por estas mujeres serán diferentes y porque la causa del consumo será distinta. Por lo que, se entiende que hay que conocer los tipos de consumos y los motivos de los mismos para poder actuar de manera eficaz con las mujeres consumidoras en los distintos periodos vitales.

Las sociedades actuales están marcadas por la globalización, la despersonalización y el individualismo, por lo que, teóricos actuales denominan a la misma como “la sociedad del riesgo”, ya que, en la adolescencia, comienzan a darse comportamientos inadecuados que condicionan el desarrollo vital de los y las adolescentes, influyendo en su desarrollo biopsicosocial. El consumo de drogas es una de las elecciones que más pueden condicionar este desarrollo porque se generan problemas sociales y personales importantes (Erdocia, et al. 2007).

El inicio del consumo de drogas se suele dar en la época adolescente, asimismo este consumo se encuentra muy vinculado con conductas de riesgo, las cuales tienden a ser diferentes en función del género. La socialización diferencial condiciona a cada género, y uno de esos condicionantes son los comportamientos

Según el Observatorio Español de Drogas y Adicciones, basándose en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) en 2017, establece que entre las mujeres de entre 14 y 18 años está más extendido el consumo de drogas legales, es decir, alcohol y tabaco. En cambio, los adolescentes varones, consumen más drogas ilegales en la misma franja de edad.

En relación a esta idea es importante destacar que, el consumo de alcohol y tabaco que realizan las mujeres es menor que el de los hombres. Asimismo, las chicas adolescentes tienden a realizar estos consumos con menor frecuencia y en dosis más pequeñas. El consumo de drogas en chicas adolescentes es diferente al de los chicos adolescentes en cuanto a la frecuencia y modalidad de consumo en cada grupo.

Aunque, en la actualidad, está habiendo una relación de las conductas abusivas de consumo de drogas en las mujeres, ya que se están dando cambios en los roles³ y en los estereotipos de género⁴, lo cual hace que las mujeres formen parte del espacio público, y por ende, sean consumidoras de sustancias psicoactivas, ya que al haber un cambio en los mismos, las mujeres tienden a realizar conductas que anteriormente realizaba el género masculino, como es el consumir alcohol y drogas. No obstante, aunque las mujeres estén consumiendo de manera abusiva en la época adolescente, el hecho de ser mujer influye de manera positiva en la rehabilitación de la adicción (Erdocia, et al. 2007).

³ Definiciones sociales acerca del comportamiento en los hombres y en las mujeres.

⁴ Ideas construidas socialmente asociadas con comportamientos de “un determinado grupo”.

7. Perfil de la mujer consumidora de drogas.

La presencia de la mujer en la drogodependencia es menor que la del varón, por lo que los servicios a los que pueden acudir las mujeres dependientes de alguna sustancia van a estar condicionados por el hecho de que la atención se va a dirigir al sexo masculino. Las mujeres que han sido usuarias en recursos de atención a las toxicomanías expresan un malestar por la atención que reciben en dichos servicios (Menéndez, 2001).

Según Ortiz y Claveiro (2014), el enfoque de género es importante a la hora de diseñar la rehabilitación de las personas drogodependientes, ya que el género condiciona el éxito en la rehabilitación. Algunas de las razones por las cuales esto ocurre es por factores sociales, ya que generan una estigmatización negativa en las mujeres que consumen distintos tipos de sustancias psicoactivas.

Para que la atención se lleva a cabo de manera adecuada, se ha de considerar el tipo de perfil de la mujer consumidora de drogas para conocer los rasgos comunes que van a tener las usuarias y adecuar la intervención social a las mismas.

Hay algunas consideraciones en las drogodependencias que suelen ser similares entre hombres y mujeres, como por ejemplo la evaluación de los problemas que se asocian con el consumo, la percepción del consumo y las valoraciones de las sustancias psicoactivas. Aunque hay otras características que únicamente están relacionadas con las mujeres, como la anatomía y el cuerpo, ya que a las mujeres les suelen afectar más el consumo de sustancias, el grupo social al que pertenecen, puesto que la presión grupal puede afectar al consumo de sustancias psicoactivas u otros como la desestructuración familiar (De la Cruz y Herrera, 2002). Según González (2007) también influye el hecho de que los familiares hayan sido dependientes a diferentes tipos de sustancias psicoactivas.

Otra clasificación de características relacionadas con la diferenciación del consumo de drogas del género masculino con el género femenino ha sido establecida de manera general por Lagarde (1994) y la autora Palop (2000) adecua estas características de manera específica a las mujeres consumidoras de drogas.

Encontramos en un primer lugar la maternalización de los roles y funciones de la vida de la mujer, ya que las mujeres consumidoras tienden a ser codependientes de sus hijos o

parejas adictas, y este hecho influye, tanto en el consumo de drogas como en la deshabitación de la mujer (González, 2007).

En segundo lugar, hay que tener en cuenta algunos rasgos de la identidad de género, ya que los hombres suelen tener adicciones que conllevan a más riesgo, porque la sociedad ha llevado a las mujeres a tener dependencias más aceptadas por la sociedad, como el consumo de psicofármacos.

En tercer lugar, la relación afectiva de las mujeres con parejas toxicómanas afecta al consumo de las mismas, con el deseo de acercarse más a ellos o ayudarles a salir de la situación. Asimismo, la inestabilidad emocional es un rasgo significativo de las mujeres drogodependientes, ya que tienden a ser mujeres bidependientes, es decir, dependientes a su pareja consumidora y a las drogas (González, 2007).

En cuarto lugar, un porcentaje amplio de mujeres que consumen sustancias psicoactivas han sido víctimas de abusos sexuales. El consumo de sustancias, además, puede preceder a los mismos ya que las adolescentes que consumen sustancias pueden no llegar a tener en cuenta señales de peligro en relación a la violencia sexual, o ser la consecuencia, puesto que las mujeres víctimas de abusos o agresiones sexuales pueden utilizar las drogas como mecanismo de escape. Asimismo, es importante resaltar que las mujeres que han sufrido abusos, tienden a vincularse más con el proceso de rehabilitación.

En quinto lugar, es importante también tener en cuenta la búsqueda de placer, ya que la sociedad tiende a negar la satisfacción de la mujer con mecanismos coercitivos, por lo que la mujer drogodependiente encuentra el placer mediante el uso y consumo de sustancias. Aunque esto es incongruente ya que se da un estigma social negativo por ser consumidora de drogas.

En sexto lugar, un porcentaje alto de mujeres adictas a sustancias tienen hijos. El hecho de ser madre puede responder a otras necesidades más profundas, como por ejemplo la valoración social. Muchas de las mujeres drogodependientes tienen como motivo para el tratamiento sus hijos e hijas. Desde los recursos no se apoya suficiente la maternidad de las mujeres toxicómanas.

En séptimo lugar, es importante tener en cuenta la financiación del consumo, ya que suele ser recurrente que las mujeres se prostituyan para conseguir las dosis, lo cual genera un doble estigma social.

Y, por último, el proceso de inserción laboral no es ambicioso para las mujeres, ya que la incorporación al trabajo de la mujer suele estar dirigida a un trabajo feminizado, como por ejemplo el trabajo de empleada del hogar. Lo cual tiene relación con la idea de que la precariedad laboral de las mujeres genera una mayor vulnerabilidad para salir de la adicción. (Ortiz y Claveiro 2014).

7.1. Construcciones sociales sobre las mujeres drogodependientes

El consumo de drogas en las mujeres está socialmente más estigmatizado que en los hombres, generando así ideas preconcebidas negativas sobre consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres. Estas estigmatizaciones tienden a ser sexistas y negativas, generando en la mujer consumidora situaciones de malestar social y personal (Meneses, 2007). Algunas de las miradas negativas más habituales son:

- “Las mujeres drogodependientes son más promiscuas”: la palabra promiscuidad está unida con connotaciones estigmatizantes, ya que la sociedad siempre ha tendido a controlar la sexualidad de la mujer, por lo que aquellas que se han salido del rol tradicional sexual establecido han sido categorizadas de manera negativa. Esta vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la promiscuidad se da al constatar que una parte de las mujeres consumidoras se ha prostituido para poder pagar sus dosis, lo cual en ningún caso implica que todas las mujeres que consumen sean prostitutas o promiscuas.
- “El rol de las mujeres drogodependientes es más pasivo y está subordinado a los varones”: esta afirmación se vincula a estudios sobre las primeras mujeres consumidoras de heroína que se iniciaban en el consumo por sus parejas sentimentales, pero no se debería generalizar ya que no todas las mujeres se inician en el consumo de drogas es por esa vía. El hecho de que las mujeres hayan sido tradicionalmente subordinadas por el sexo masculino ha llevado a que algunas de ellas justifiquen su adicción por dicha razón.

— “La codependencia es una de las claves en la adicción en la mujer”: Meneses, (2007) refiere que el término que se debería emplear sería bidependencia ya que poseen dependencia a una sustancia y a la pareja o compañero sentimental. Si se analizan las situaciones de las mujeres drogodependientes, se puede observar que hay muchas circunstancias socioculturales establecidas y no un comportamiento patológico por las mismas. Los roles tradicionales han calado en las mujeres haciéndolas responsables del bienestar de su pareja y de su familia, por lo que la codependencia es una respuesta a las necesidades sociales y personales que no están cubiertas en el desempeño de los roles tradicionales (buena esposa y madre).

8. Motivaciones del consumo.

Las mujeres tienden a usar distintas drogas con significados y motivaciones diversas a las de los hombres, por lo que la elección de las sustancias que se consuman y el modo de consumo va a cambiar en función del sexo.

Los motivos por los cuales el consumo es diferente es por la estructura social diferencial entre lo masculino y lo femenino, ya que la mujer va a tener unos roles distintos a los del hombre y unas expectativas vitales también diferentes que condicionan el uso de sustancias psicoactivas. Aunque el origen de la adicción en las mujeres está vinculado con algún suceso vital trascendente, al cual ha dado respuesta mediante una adicción, también es relevante el hecho de que las mujeres tienden a hacer un uso experimental de las drogas más pronto que los hombres. Este hecho según Arana y German (2005:184), tiene que ver con que las chicas suelen tener amigos mayores que les inician en el primer uso de la sustancia precozmente, pero a medida que va avanzando la edad de las mujeres, el consumo va disminuyendo.

A continuación, se van a exponer factores de riesgo individuales, familiares y sociales que según la Guía informativa: drogas y género del Plan de atención a la salud de la mujer en Galicia (2009) conlleva a que la mujer consuma distintos tipos de sustancias psicoactivas.

En primer lugar, nos encontramos los factores individuales:

- Trastornos depresivos
- Baja autoestima
- Estrés o ansiedad
- Emociones negativas (tristeza o frustración)
- Mejorar la sociabilidad
- Abusos sexuales en la infancia o adolescencia
- Necesidad de conexión con la pareja (cuando ésta es consumidora)
- Presencia de trastornos alimenticios
- Insatisfacción en las relaciones sexuales
- Imposibilidad de cubrir los ideales femeninos y las exigencias del mismo (belleza, maternidad...)

En segundo lugar, nos encontramos los factores familiares:

- Presencia de patologías mentales en la familia
- Padre/madre consumidores de drogas
- Problemas de dependencias a sustancias en la familia
- Desintegración familiar
- Distanciamiento emocional con los padres
- Conflictos familiares
- Pérdida traumática de algún familiar
- Separaciones o divorcios
- Violencia familiar
- Vínculos afectivos débiles con la familia nuclear
- Estilo educativo autoritario

Y, por último, en tercer lugar, nos encontramos los factores sociales:

- Relación con personas consumidoras
- Sobrecarga de trabajo (dentro y fuera del hogar)
- Ausencia de realización personal y social
- Aislamiento social
- Ausencia de participación social
- Temor al rechazo si no se participa en el consumo
- Imitación de conductas masculinas como conquista del espacio público

Según Sánchez, (2008) hay diferentes tipos de motivaciones para consumir distintas drogas (tabaco, alcohol, tranquilizantes o psicofármacos y otras drogas), ya que las causas del consumo van a variar en función de la sustancia consumida.

A continuación, siguiendo a Sánchez, (2008) se van a explicar las motivaciones relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilícitas en las mujeres.

Las motivaciones de las mujeres para consumir tabaco son, por un lado, el querer imitar conductas masculinas en espacios públicos, y, por otro lado, hay factores como el estrés,

los problemas con la imagen del cuerpo (peso corporal) que también inciden en el tabaquismo. El hecho de seguir consumiendo tabaco en las mujeres puede estar relacionado con el miedo a engordar.

En relación a las bebidas alcohólicas, el problema se encuentra en el abuso, ya que el abuso de alcohol se asocia a la depresión, emociones negativas, problemas interpersonales, baja autoestima o maltrato físico (Arana, y Germán, 2005), es decir, acontecimientos traumáticos o situaciones estresantes y/o conflictivas, como, por ejemplo, la ruptura con la pareja.

Por su parte, las motivaciones de las mujeres para usar psicofármacos o tranquilizantes tienen que ver con el hecho de sentir tristeza, angustia, nerviosismo, dificultades para dormir, etc. que pueden derivar de problemas familiares y/o sobrecarga de trabajo (dentro y fuera del hogar). Las mujeres pretenden superar situaciones perjudiciales con el uso de psicofármacos. Además, Meneses, (2007) explica que se da una medicalización de los malestares psicosociales femeninos, generando alternativas médicas cuando la solución se debería enfocar a las condiciones de vida de la mujer o en sus situaciones sociales. Este hecho está vinculado con la estigmatización de género, ya que el prescribir psicofármacos a mujeres como solución se vincula a que estas exageran sus malestares y somatizan sus problemas, llevando a error el diagnóstico del médico que establece una pauta terapéutica equivocada.

En lo que se refiere a sustancias ilegales, las mujeres suelen comenzar el uso de drogas ilícitas a partir de relaciones con personas adictas a dichas sustancias, por el hecho de necesitar ser queridas o por la facilidad para conseguir la sustancia a través de la relación con su pareja. Además, los problemas familiares y/o sociales y el deseo de la mejora de la imagen física, también puede afectar al inicio de consumo de distintas sustancias psicoactivas (Arana, y Germán, 2005).

9. Consecuencias del consumo de drogas en mujeres.

El consumo, los efectos y las consecuencias de las drogas, son totalmente distintos en hombres y mujeres (Rekalde y Vilches, 2003)

La Guía de la Mujer y Drogodependencias de las Islas Baleares (2007) establece las consecuencias en las mujeres en función del consumo de cada tipo de sustancia.

Dichas consecuencias se enumerarán a continuación:

- **Alcohol:** las lesiones hepáticas son más graves en las mujeres que en los hombres por el consumo de alcohol. Este consumo en las mujeres puede causar disfunción sexual, menor interés en el sexo y relaciones sexuales dolorosas. En relación a la dependencia, las mujeres son más adictas a corto plazo que los hombres. Las mujeres tienden a consumir alcohol en privado y solas, ya que esta adicción se tiende a esconder, siendo muy al contrario que en los hombres, quienes suelen beber en espacios públicos (Arana y Germán, 2005).
- **Tabaco:** el consumo de tabaco ocasiona problemas sanitarios similares en hombres y mujeres, aunque en las mujeres pueden generar otros problemas asociados con su función reproductiva, por las diferencias hormonales, como son el cáncer de útero o la menopausia temprana. Es importante destacar que las muertes de la mujer consumidora de tabaco se incrementan diez veces cuando toma anticonceptivos, sobre todo después de los 30 años.
- **Cannabis:** el consumo de cannabis afecta al ciclo menstrual y a la producción de óvulos en los ovarios.
- **Cocaína:** la mujer suele ser más susceptible a los efectos cardiovasculares de la cocaína. La cocaína en el embarazo incide en que haya probabilidades altas de abortos.
- **Psicofármacos:** las razones por las que las mujeres consumen psicofármacos están vinculadas con situaciones de malestar emocional, como por ejemplo una ruptura o inestabilidad en la situación económica. La dependencia que generan los psicofármacos empeora la situación inicial de la mujer, por un lado, porque ésta puede continuar con el consumo de medicamentos sin prescripción facultativa y por otro lado porque se convierte en una preocupación más (disponer del medicamento cuando lo necesite). Por lo que es importante que el consumo de

medicamentos se haga durante el tiempo y en las dosis establecidas por el médico, y lo más importante no automedicarse, ya que la dependencia al medicamento es difícil de eliminar, sobre todo cuando se está pasando por un mal momento. Asimismo, dentro del consumo de los medicamentos pueden aparecer tendencias al aislamiento, soledad...

Asimismo, el consumo de estupefacientes presenta consecuencias psicosociales para las mujeres. Como se ha indicado anteriormente, dependiendo de la sustancia que tome la mujer ésta va a sufrir unas consecuencias u otras, ya que, por ejemplo, si la mujer es consumidora de heroína va a tener más situaciones de vulnerabilidad que si consume éxtasis. Puesto que la heroína es una sustancia que genera más dependencia que el éxtasis, y el consumo de heroína se suele dar en contextos de exclusión, asimismo, estos consumos generan situaciones vitales y sociales diferentes.

Arana y German (2005) explican que las mujeres tienden a realizar conductas más auto-destructivas, generando una adicción más rápida a la sustancia, aunque tomen dosis más pequeñas. Por su parte, Meneses, (2007) muestra una postura contraria al afirmar que esta visión se corresponde con un estereotipo que justifica la dependencia de las drogas, ya que la mirada va a establecerse en lo biológico y no en lo social, por lo que como solución sostiene que se deberían realizar más investigaciones sin sesgos sexistas y androcéntricos, poniendo la mirada también en las mujeres. Esta autora refiere que las mujeres que se hicieron adictas a la heroína por su pareja, poseen un menor consumo experimental y pasan a un consumo abusivo y diario en menos tiempo que los hombres.

Rodríguez et al., (2015) recogen las consecuencias del consumo relacionadas con el entorno familiar. La primera de ellas es el silenciamiento, ya que las mujeres tienden a esconder su adicción por miedo a perder cierto prestigio social. La mujer drogodependiente, además, cuenta con menor apoyo familiar y social a la hora de empezar el tratamiento de deshabituación, según el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2003).

10. Drogas y violencia de género.

Es importante para este apartado tener en cuenta que en el Código Penal español (1995) se recoge la violencia hacia la mujer y el castigo punitivo en el artículo 153 que señala que *“el que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión de menor gravedad o golpearle o maltratarle de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficios de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.”*. Este artículo pone especial atención a las agresiones y/o maltratos de obra que se realicen en contra de las mujeres, socialmente conocido como violencia de género.

La violencia de género aparte de ser recogida en el ámbito jurídico, está vinculada con determinados factores sociales que influyen en la misma, estos factores pueden ser socio-culturales (tolerancia a la violencia de género), familiares (falta de apoyo social), factores relacionados con el agresor (modelos violentos de conductas) y factores relacionados con la víctima (baja autoestima) (Sánchez, 2005).

Asimismo, en la violencia de género, el consumo de drogas puede estar presentes en los maltratadores, ya que las agresiones tienden a estar iniciadas por el consumo de alcohol y drogas (Sánchez, 2005). El consumo de bebidas alcohólicas desinhibe las conductas de los agresores y esto conlleva que realicen determinados tipos de conductas violentas. El alcohol no es la causa de la violencia, pero sí que conduce a comportamientos agresivos (Sánchez, 2005). Es importante no establecer una relación causal entre el consumo de alcohol y la violencia ya que se desconoce la incidencia de la ebriedad del agresor en relación con la agresión, aunque es habitual que el agresor justifique su agresión por el consumo de alcohol y otras drogas (Albajes y Plaza, 2005).

De igual manera, en el Estudio documental sobre drogas y violencia de género del Observatorio Vasco (2007), se recoge que el consumo de drogas en las mujeres

maltratadas está vinculado con la permisividad de las agresiones por parte de su pareja, ya que el estado de ebriedad de la mujer puede ser una excusa para justificar el maltrato por parte del hombre, tanto cuando está ebrio como cuando está sobrio.

Del mismo modo, este estudio señala que el consumo de drogas en las mujeres víctimas de malos tratos, o en las mujeres que han sido maltratadas, conlleva a una espiral donde se vinculan la dependencia emocional, los malos tratos y el consumo abusivo.

Asimismo, es relevante tener en cuenta que el consumo de alcohol y drogas es una parte importante de la identidad masculina, entendiendo que la relación entre la violencia de género y el consumo de drogas se ve reforzado mutuamente. En los contextos donde las personas consumen distintos tipos de sustancias psicoactivas, suele haber presencia de la violencia, siendo un ejemplo claro el contexto de la prostitución, donde el vínculo entre el consumo de drogas y la violencia es muy alto.

Las autoras Albajes y Plaza (2005) refieren que el consumo de alcohol es el que más se da en el contexto de la violencia de género. Es importante tener en cuenta los estigmas sociales negativos existentes hacia las mujeres que consumen alcohol porque condicionan las relaciones entre los hombres y las mujeres, por lo que, si se van a analizar las relaciones entre los géneros, hay que tener en cuenta el consumo de drogas.

El abuso de alcohol en los hombres es visto de manera distinta que, en las mujeres, ya que la sociedad genera ideas de “los hombres de verdad beben” y “las buenas chicas no beben”. La mirada de la sociedad hacia las mujeres que beben alcohol es estigmatizadora y conlleva ideas de fracaso, por lo que las mujeres tienden a beber alcohol solas en su casa. Esto sucede porque se une una autopercepción negativa con estigmas sociales que se atribuyen a dicha conducta.

Los estigmas sociales aplicados a las mujeres consumidoras de alcohol que recogen Albajes y Plaza (2005) son los siguientes:

- Irresponsabilidad y maldad.
- Aplicación de estándares morales más restrictivos a las mujeres, porque la conducta de la mujer alcohólica es escandalosa.
- Estereotipo sexual de “el alcohol hace a la mujer más promiscua”, generando que la mujer sea víctima de abuso o agresiones sexuales bajo el efecto del alcohol.

El consumo de drogas va a condicionar la manera en la que hombres y mujeres van a comunicarse y relacionarse, por lo que es importante estudiarlo para establecer qué tipo de vínculos desarrollan. Por un lado, pueden conseguir un espacio tranquilo y sin violencia y, por otro lado, puede llevarles a situaciones de agresiones que no pueden gestionar por el abuso de diversas sustancias. (Estudio documental sobre drogas y violencia de género del Observatorio Vasco, 2007).

11. Rehabilitación de mujeres drogodependientes

En el tratamiento de deshabituación de las mujeres hay varias características que se han de tener en cuenta para que éste sea eficaz. Por un lado, es importante la relación que establezca el/la profesional con la mujer. Esta relación debe ser empática, donde se acepte a la persona y cuidadosa Y, por otro lado, se debe tener en cuenta que hay técnicas que se utilizan con los hombres drogodependientes que no son eficaces con las mujeres, como es el caso de, la confrontación, ya que esta técnica coloca a la mujer en una posición subordinada, pudiendo conducirla a la victimización secundaria, y teniendo como consecuencia el abandono anticipado del tratamiento. Es importante que el vínculo con la mujer drogodependiente se realice de manera incondicional, ya que va a haber situaciones, como las recaídas, donde los y las profesionales se desanimen, por lo que ese vínculo reforzará la relación generando una continuidad de la mujer en el tratamiento (Palop y Castaños, 2007).

Otra de las características que refuerzan los resultados del tratamiento es la persistencia de las intervenciones individuales. En estas intervenciones hay que tener en cuenta las ideas preconcebidas sobre el género que posee cada persona porque van a condicionar las intervenciones que realicen los profesionales, con esto se puede evitar hechos negativos que impidan que la mujer se adhiera al tratamiento o que los y las profesionales estén incomodos o incomodas y no puedan desarrollar de manera eficaz su trabajo (Palop y Castaños, 2007).

Según Palop y Castaños, (2007) las mujeres drogodependientes tienden a generar diferentes roles dentro de las relaciones de tratamiento, estos pueden ser de seductora, víctima y maternal. En el siguiente cuadro se explica cómo el o la profesional debe actuar ante ellos.

Tabla 1. Roles de la mujer durante el tratamiento.

Seductora	El/la profesional debe comprender el comportamiento de la mujer siendo consciente desde que posición responde, evitando la superficialidad o
------------------	--

comportamientos defensivos y/o enjuiciadores.

Víctima

La mujer se presenta en una posición de vulnerabilidad, dejando en los y las profesionales el poder de cambiar la situación, ella no hace ningún tipo de acto para cambiar la situación.

El/ la profesional debe generar una relación con la mujer donde ésta asuma las responsabilidades, ya que con las mujeres que adquieren este rol, la relación profesional-usuario/a puede llegar a ser una relación maternal o paternal.

Maternal

La mujer tiende a una conducta negadora, es decir, niega sus dificultades y/o demandas para evitar sobrecargar a los y las profesionales. Estos y estas, deben ser conscientes de la postura que toma la mujer en el tratamiento porque este rol puede llevar a que se den problemas en las intervenciones y dificultades en el proceso terapéutico.

Fuente: Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

11. 1. Etapas del tratamiento

Palop y Castaños (2007) plantean las etapas que debería seguir el tratamiento con mujeres drogodependientes.

Estas autoras refieren que incorporar la perspectiva de género es un hecho a tener en cuenta a lo largo del proceso de intervención, ya que el ser mujer en esta sociedad implica diferencias que tienen que ser tenidas en cuenta.



Destacan tres fases durante el proceso del tratamiento. En un primer momento se encuentra la **fase evaluación**, que consiste en las especificaciones que hay que tener en cuenta en un primer contacto con la mujer drogodependiente.

Las pautas en esta fase son:

- Crear un entorno seguro que inspire confianza.
- Crear un espacio flexible, por un lado, en los horarios, ya que la disponibilidad de las mujeres puede ser reducida por cargas familiares u otras, y, por otro lado, crear un espacio donde las mujeres puedan expresar sus necesidades y demandas, dejando de lado, si es necesario, el “protocolo formal” del recurso, el cual no puede recoger el discurso que expresa la mujer adicta.
- Asegurar la confidencialidad y ser cautelosos/as con la información que se da y se recibe, a familiares o a otros/as profesionales. Hay informaciones que se adquieren que pueden ser perjudiciales para la mujer y que puede generar una estigmatización negativa de la misma. Sobre todo, en el manejo de informaciones traumáticas, donde el equipo profesional debe tener unos mínimos en formación y además debe tener criterios comunes de actuación. La confidencialidad en mujeres drogodependientes posee una relevancia clave y un marco de seguridad indispensable.

- Incluir contenidos que no suelen estar incorporados en los protocolos formales de evaluación e intervención, y que han de ser tenidos en cuenta cuando se trabajan con mujeres:
- Cargas familiares u otras dificultades que puedan incidir en el abandono prematuro del tratamiento.
 - Apoyos disponibles o la ausencia de los mismos. En este punto hay que tener en cuenta la actitud de la familia en relación a la adicción de la mujer.
 - Historia de consumo: funciones relacionales del consumo, es decir, si el consumo ha incidido en las relaciones de la mujer positiva o negativamente.
 - Modelos de masculinidad y feminidad con los que se identifican las usuarias.
 - Existencia de situaciones de violencia o abuso durante el desarrollo vital de la mujer (presente o pasado, incluyendo la infancia).
 - Sexualidad
 - Autoestima
 - Sentimientos de culpa o vergüenza
 - Preocupación por su imagen corporal y la posible relación que puede tener con el consumo.

La segunda fase de esta intervención es la **fase de deshabitación** donde Palop y Castaños (2007) establecen los siguientes objetivos terapéuticos:

- Motivar para el tratamiento a largo plazo. Se debe transmitir un modelo de intervención con objetivos y plazos que tengan en cuenta las repercusiones biopsicosociales del abuso o dependencia de las drogas, así como los condicionantes que se encuentran por el hecho de ser mujer.
- Hay que establecer objetivos que puedan llevarse a cabo para un mejor pronóstico, dejando claro que es la mujer la que va a tomar las decisiones y los y las profesionales quienes le apoyaran durante ese proceso.
- Identificar medidas de control externo que faciliten la abstinencia: hay que conocer las medidas de control que se estén utilizando e implementar nuevas medidas si fuera necesario.

— Identificar recursos de las mujeres: determinar junto con las mujeres recursos o habilidades personales y apoyos externos que faciliten la abstinencia.

Habilidades personales:

- Validar acciones o actitudes que ha mantenido en situaciones difíciles, incluyendo las etapas de consumo.
- Aportar otro significado a las habilidades utilizadas durante el periodo de consumo, como por ejemplo la capacidad para establecer relaciones.
- Reflexionar sobre estrategias inadecuadas para el logro de objetivos, como la seducción. Identificarlas y buscar alternativas.
- Validar sus necesidades personales

Apoyos externos:

- Posibilitar que la familia se convierta en un apoyo real.
- Recuperar antiguas relaciones, especialmente con otras mujeres.
- Promover la participación en otros recursos o en otros programas.
- Favorecer la coordinación, derivación y trabajo integrado entre servicios que intervienen con mujeres.

— Identificar situaciones de riesgo específicas en las mujeres. Se entiende como situaciones de riesgo, aquellas que aumentan las posibilidades de recaída. En este punto es importante tener en cuenta los mandatos de género, tanto por el deseo de cumplirlos como por la negativa o imposibilidad de lograrlo:

- Ser buena madre
- Ser buena hija
- Tener pareja
- Estar delgada y/o ser deseo sexual
- Ser un apoyo para la pareja o familia

De igual manera, las situaciones de riesgo son diferentes para hombres y para mujeres, ya que en las mujeres están relacionados con estados emocionales negativos, en cambio en los hombres están vinculados con estados emocionales positivos (Palop y Castaños, 2007).

Los factores influyentes en la recaída de las mujeres pueden ser:

- Soledad

- Sentimientos ansioso-depresivos (vinculados con la abstinencia)
- Sentimientos de culpa
- Aumento de peso tras abandonar el consumo
- Autoexigencia de avanzar rápidamente
- Manifestación de recuerdos y sentimientos de situaciones traumáticas vividas
- Tener o haber tenido una pareja consumidora y/o tener dificultades de distanciamiento con ella

— Desarrollar estrategias de prevención de recaídas:

- Las mujeres deben aprender a identificar y a manejar los deseos de consumo, ayudándolas en el manejo de la ansiedad sin recurrir a la farmacología.
- Incorporar la perspectiva de género en las estrategias de afrontamiento cuestionando estereotipos y roles de género y conocer las funciones que tiene el consumo de drogas para buscar alternativas.

— Desarrollar habilidades relacionales: facilitar relaciones personales fuera de los ambientes de consumo, dotando de estrategias para aumentar su capacidad de autoafirmación frente al otro.

Estas habilidades pueden ser:

- Expresión de necesidades y deseos
- Saber decir no y establecer límites
- Autoreforzo
- Expresión de opiniones y desacuerdos
- Toma de decisiones
- Expresión de emociones negadas en las mujeres como el enfado o el placer
- Habilidades de negociación

— Detectar posibles áreas de conflicto: la mujer debe ser consciente de sus propias dificultades y debe estar motivada para el cambio.

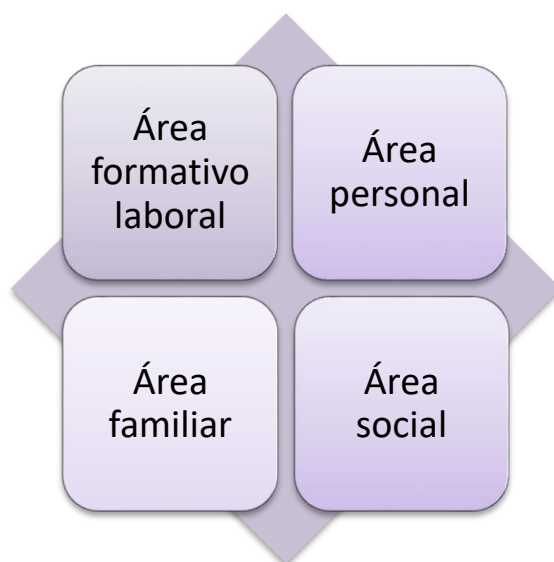
Hay que prestar atención a las siguientes áreas:

- Autoestima
- Relaciones personales: dependencia emocional
- Sexualidad
- Relaciones familiares

- Maternidad
- Situaciones de violencia

— **Feedback de logros:** al finalizar la primera fase, se debe dar información tanto de los logros como de los objetivos pendientes, comunicando a la mujer el avance en su proceso de recuperación. Este feedback debe estar presente durante todo el proceso del tratamiento.

La tercera fase según Palop y Castaños (2007) es la **fase de incorporación social**, donde el objetivo principal va a ser el desarrollo personal de un proyecto futuro en las distintas áreas de la vida, por lo que se han de promover derivaciones o coordinaciones con otros servicios donde se puedan llevar a cabo los distintos objetivos del tratamiento. A continuación, se van a explicar algunas de las consideraciones en las diferentes áreas de la vida de la mujer a tener en cuenta.



- En el **área formativo laboral**: se ha de emprender el deseo de desarrollo laboral o formativo con la mujer, teniendo en cuenta las dificultades y los mandatos de género que se han interiorizado.
- En el **área familiar** es importante:
- Posibilitar junto con la mujer, la toma de conciencia respecto a los diferentes modelos sociales de ser mujer y elegir o crear un modelo propio.
 - Guiar en las formas de relacionarse con los distintos miembros de la familia, teniendo en cuenta si la familia ha sido fuente de situaciones violentas o traumáticas.

- Acompañar a la mujer a la hora de establecer de manera equitativa el reparto de responsabilidades tanto domésticas como familiares.
- En el **área social** se ha de:
- Aprender a generar y mantener relaciones sociales que no desvaloricen el hecho de ser mujer.
 - Crear una red social de apoyo propia (no sólo compartidas con familiares o pareja), revalorizando las relaciones entre mujeres.
- En el **área personal** es fundamental:
- Desarrollar un aprendizaje intelectual y emocional
 - Retomar sus aspiraciones como algo valioso en sí mismo.
 - Asimilar la propia autonomía en sus decisiones, sus tiempos y sus espacios como un camino hacia el empoderamiento.

Asimismo, Palop y Castaños (2007) afirman que el/ la profesional que lleva a cabo una intervención con una mujer drogodependiente ha debido tener la posibilidad de profundizar sobre aspectos específicos que influyen en las mujeres que son adictas para poder aplicar la perspectiva de género. Estos aspectos deber ser:

1. Adquirir conocimientos concretos sobre los distintos aspectos biopsicosociales entre hombres y mujeres y cómo estos afectan a la drogodependencia.
 2. Reflexionar y tomar conciencia sobre los propios estereotipos masculinos y femeninos que se tienen interiorizados para poder tener una relación terapéutica libre de prejuicios.
 3. Ser consciente de las propias actitudes ante los hombres y las mujeres y sus relaciones para formar un ambiente lo más igualitario posible.
- 11.2. Dificultades en el tratamiento de la adicción en mujeres.

11.2. Dificultades en el tratamiento de la adicción en mujeres.

Según Arana y Germán, (2005) el problema principal del tratamiento en las mujeres es la subrepresentación de éstas en las drogodependencias, lo que causa que los tratamientos de drogas estén “masculinizados”, quedando las mujeres en un segundo plano. La presencia de la mujer en centros de tratamiento queda relegada y son muy pocos los programas específicos dirigidos a mujeres, y los que hay, parten de un modelo masculino.

Las mujeres que acuden al tratamiento presentan escasos apoyos emocionales, familiares y sociales, siendo esto un hándicap a la hora de intervenir con ellas. Es por ello importante incrementar su autoestima y dotar a la mujer de herramientas para que abra su red social de apoyo. Las llamadas recibidas en el Servicio de Información y Orientación 900FAD, que en su gran mayoría fueron hechas por mujeres, ya sea porque sean ellas quienes tienen el problema de consumo, o como familiares y/o esposas de los hombres que tienen una adicción (Arana y Germán, 2005).

Asimismo, la sobrecarga familiar que tiene la mujer, condiciona el inicio del tratamiento de deshabituación, por lo que en la intervención se debería llevar a cabo apoyos educativos y terapéuticos. Aunque los recursos conozcan esta realidad, no se dotan de programas donde se enseñen modelos adecuados de cuidado de hijos/as, lo cual genera una incongruencia en la atención a las mujeres drogodependientes. Si la mujer tiene vínculos positivos con sus hijos/as estos favorecen el mantenimiento en el tratamiento. Así como la presión familiar, el miedo a perder a los hijos y a la pareja resultan como antecedentes en el inicio de la deshabituación o en el abandono del tratamiento.

Arana y Germán (2005) señalan que hay otros problemas asociados al tratamiento de la mujer drogodependiente, como, por ejemplo, el protocolo social y sanitario de los centros de deshabituación, ya que siempre se han realizado desde una visión androcéntrica,⁵ lo cual dificulta la atención a las mujeres porque no están adecuados a sus características. Como solución a esto habría que realizar prevenciones, protocolos y tratamientos específicos para mujeres que se adecuen a las necesidades y demandas del género femenino. De igual manera, los y las profesionales también tienen que ser cuidadosos/as a la hora de intervenir con mujeres, evitando juicios de valor. Se puede caer en el error de generar estereotipos de género que hagan sentirse a la mujer más vulnerable y, como consecuencia que se abandone el tratamiento.

11.2.1. La pareja consumidora como obstáculo al tratamiento. Otro modo de violencia de género.

Hay razones diferenciales por las que las mujeres no acuden al tratamiento como son: la presencia de un compañero toxicómano o la sobrecarga familiar. El hecho de que la pareja

⁵ Según la Real Academia Española:
Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino.

de la mujer sea una persona que consume plantea dificultades en el acceso al tratamiento de la mujer, ya que su pareja tiende a abandonarla y/o a desentenderse del tratamiento. En cambio, a la inversa, es decir, si es el hombre quien tiene la adicción, la pareja (mujer) le anima a que acuda al tratamiento, apoyándole durante todo el proceso, entendiendo que estas acciones hacen que los roles de género se mantengan en la sociedad, ya que el rol de cuidadora de la mujer se sigue perpetuando.

Tal y como indican Llopis et al. (2005) las mujeres adictas a una sustancia, y que además son dependientes a la pareja, tienden a ser mujeres sumisas que no toman decisiones de manera libre, sobre todo si decide acudir a tratamiento para solventar su adicción. Aquí, el hombre ejerce una violencia indirecta decidiendo por ella, que, en estos casos, suele negarle la posibilidad de acudir a un centro para superar su adicción e incluso puede llegar a decidir a qué tipo de centro y tratamiento acude.

La interiorización de sentimientos como la sumisión, es una cuestión clave en el tratamiento porque estos sentimientos pueden convertirse en algo limitante en la persona que no es capaz de tomar decisiones por sí misma, dificultando así, el abandono del consumo de drogas.

Las relaciones entre personas adictas, generan ambivalencia e inestabilidad emocional en las relaciones personales, así como un rol sumiso que se va cronificando, por lo que si no se trabaja a tiempo va a ser más difícil empoderar a la mujer en el tratamiento.

Las ideas que tienen las mujeres adictas de su relación de pareja están distorsionadas, y además no fomentan un aprovechamiento positivo del proceso terapéutico. La relación de pareja que tiene la mujer adicta también puede ser una relación de maltrato, la cual influye en la misma adicción. Un ejemplo de esto puede ser el miedo que tiene una mujer drogodependiente a que, si abandona las drogas, su pareja la maltrate (Llopis et al., 2005). Por lo que, se da una dificultad añadida a la hora de intervenir con mujeres drogodependientes que además son maltratadas porque la interiorización de sentimientos negativos como el ser víctima o ser incapaz de dejar las drogas, ralentiza el proceso de abstinencia. Con las mujeres adictas que sufren malos tratos, según estos autores, primero se deben trabajar las ideas negativas y después intervenir en la deshabituación.

12. Recursos en la Comunidad de Madrid de atención a personas drogodependientes.

En este punto se van a desarrollar las actuaciones que se llevan a cabo en los diferentes centros de atención a drogodependientes en la Comunidad Autónoma de Madrid haciendo hincapié en la incorporación y desarrollo de la perspectiva de género dentro de los mismos. Estos centros son:

- Los Mesejo: prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes
- Proyecto Hombre
- Centro de Atención Integral a Drogodependientes de San Sebastián de los Reyes
- Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid

a) Los Mesejo: prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes

Mesejo es un centro público ubicado en Madrid donde se ofrece prevención y tratamiento a adolescentes y jóvenes entre 12 y 25 años, que son dependientes a alguna sustancia psicoactiva.⁶

Los servicios que ofrece este centro son:

- ✓ Información y orientación: de manera telefónica como presencial y on-line, sobre aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas, consecuencias de su uso y posibilidades de tratamiento. De igual manera, se informa de la cartera de servicios del centro y de los recursos de la Red Asistencial.
- ✓ Valoración, diagnóstico y plan terapéutico: a aquellos adolescentes y jóvenes que requieran una evaluación clínica para determinar si existe un problema por uso de sustancias, la gravedad del mismo y los factores relacionados con el consumo. Tras esta valoración se propondrá un Plan Individualizado de Prevención o Tratamiento según el caso.
- ✓ Seguimiento y control terapéutico: dirigido a conseguir los objetivos del Plan Individualizado de Prevención o Tratamiento que han sido consensuados con el

⁶ La información que se desarrolla a continuación se encuentra en la página web del recurso: <http://www.comunidad.madrid/centros/mesejo-prevencion-atencion-adicciones-adolescentes-jovenes> (fecha de consulta: 1 de marzo de 2019)

paciente en coordinación con los diferentes profesionales y con los recursos de la zona apropiados

- ✓ Atención familiar: para ofrecer apoyo y dotar de herramientas y recursos apropiados a los familiares de aquellos jóvenes o adolescentes que estén en tratamiento o de aquellos con problemas de consumo pero que todavía no se han decidido a iniciarlo, es decir, prevenir sobre un posible consumo.

No se observa que este recurso presente ningún programa relacionado con la perspectiva de género, por lo que se entiende que no se da una implementación de la misma en la dinámica de intervención de este centro.

b) Proyecto Hombre: prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones.⁷

Proyecto Hombre es una entidad con gran tradición en el tratamiento de las drogodependencias y con múltiples programas. En este apartado nos referiremos los Centros de Atención Ambulatorios, donde se desarrollan programas de:

- ✓ Tratamiento de alcoholismo.
- ✓ Tratamiento de adicción a fármacos.
- ✓ Tratamiento de policonsumo.
- ✓ Tratamiento de ludopatía.
- ✓ Tratamiento de tabaquismo.
- ✓ Tratamiento de enfermedad mental crónica con problemas adictivos concomitantes en régimen de centro de día.
- ✓ Tratamiento a médicos adictos en coordinación con el programa Paimé del Colegio de Médicos de Madrid.

En Proyecto Hombre se incorpora en la valoración, en el diagnóstico, en la evaluación y en el tratamiento aspectos relacionados con la perspectiva de género, ya que entienden que la adicción afecta de manera diferencial a hombres y a mujeres, éstas tienden a tener problemas relacionales, problemas de autoestima, de dependencia y cargas familiares.

⁷ Información aportada por profesional de Proyecto Hombre.

Desde esta entidad refieren que las usuarias del recurso no ven necesaria la creación de grupos específicos para mujeres porque prefieren los grupos mixtos, como modo de favorecer su desarrollo personal y empoderarse. Afirman que esta es la razón por la cual no los realizan, pero que estarían abiertos a realizarlos si se plantea una demanda expresa.

El tratamiento que ofrecen desde Proyecto Hombre tiene como objetivo la abstinencia y la resolución de problemas biopsicosociales aumentando la autonomía personal y la autoeficacia.

Los objetivos de trabajo van a tratar de:

- ✓ Definir con la persona, atendiendo a los condicionantes de género y los aspectos diferenciales, estos son los siguientes aspectos:
 - Factores motivacionales del inicio del consumo
 - Estilo de consumo
 - Significado del consumo
 - Tipo de sustancia
 - Situación familiar, económica, laboral y social
 - Patología
- ✓ Atender demandas y necesidades.
- ✓ Tener en cuenta las circunstancias vitales de la persona

El tratamiento que se da desde este recurso tiene dos fases diferenciadas:

- ✓ **Evaluación diagnóstica**, que tiene como objetivo identificar problemas y necesidades de la persona demandante.

Dentro de esta fase se recoge una evaluación de distintas áreas, que son:

- Área de salud: estado físico y estudio del consumo, favoreciendo la coordinación con recursos sanitarios como atención primaria. En las mujeres, por ejemplo, se aseguran de que acuda a las revisiones ginecológicas.
- Área de personalidad: con especial atención en las mujeres tienen en cuenta los modelos de masculinidad y feminidad con los que se identifican, posibles situaciones de malos tratos y/o vivencias de abuso o violencia. También tienen en cuenta la relación del consumo con su

sexualidad, la autoestima, sentimientos negativos como la culpa o la vergüenza, así como la percepción de la imagen corporal. Estos aspectos son los que se relacionan con las mujeres que son consumidoras.

- Área del funcionamiento social: evaluación de las consecuencias de la adicción en el ámbito familiar y/o social. En cuanto a las mujeres es relevante prestar atención a las cargas familiares y dificultades que posean a la hora de permanecer en el tratamiento, así como tener en cuenta los apoyos disponibles y la interpretación familiar de la adicción por ser hombre o mujer.
- Área de desarrollo personal: higiene y autocuidados, autonomía, gestión personal, ocio y tiempo libre.
- Área formativo-laboral: datos académicos y laborales.

✓ La segunda fase es el **plan de tratamiento**, donde se abordará de manera individual la resolución del problema, que se formaliza con un contrato terapéutico. Las actuaciones dentro de esta fase incluyen:

- Psicoterapia grupal: cuyo objetivo es desarrollar la subjetividad, la mentalización, el autocontrol e impulsar la socialización. Los grupos que se llevan a cabo en este recurso son voluntarios, abiertos, homogéneos en relación al tipo de adicción y a la edad y heterogéneos en relación al sexo, clase social, etnia u orientación sexual. El grupo es de mínimo tres personas y máximo 10. Las mujeres representan un 25% de la demanda, por lo que se tiende a que estén en grupos con personas de su mismo sexo.

Dentro de esta técnica se establece una parte desde la perspectiva de género, que pretende acompañar a la mujer en su capacidad de autoafirmación para aprender a:

- Expresar necesidades y deseos.
- Decir “no” y establecer límites.
- Expresar de opiniones y desacuerdos.
- Ayudar a expresar emociones relacionadas con el enfado o el placer.

- Explorar la presencia/ausencia de deseo de desarrollo laboral según mandatos de género internalizados, así como dificultades. Promoviendo el aprendizaje y desarrollo intelectual.

En el grupo se tratan especialmente con las mujeres los siguientes temas:

- Secuelas o antecedentes de malos tratos, androfobia⁸ o misandria⁹ reactiva. Abusos sexuales y violación.
- Antecedentes de fracasos en centros mixtos.
- Mujeres donde la depresión, soledad y baja autoestima es latente.
- Psicoterapia individual: esta psicoterapia se da cuando el usuario o usuaria por motivos de incompatibilidad de horarios o problemas de conciliación con la vida familiar no puede acudir de manera regular a la entidad. Asimismo, también se da de manera combinada con la psicoterapia grupal. La posibilidad de psicoterapia individual también ofrece a las personas que de acuerdo al género o a la orientación sexual tengan un espacio de mayor seguridad donde pueden verbalizar y trabajar aspectos de su vida que no quieran compartir en grupo.
- Psicoeducación y terapia ocupacional: tiene como objetivo incrementar la competencia personal a través de la mejora y/o adquisición de habilidades sociales.
- Intervención familiar: con autorización de los y las pacientes se llevará a cabo un seguimiento familiar.

c) Centro de Atención Integral a Drogodependientes de San Sebastián de los Reyes (CAID)¹⁰

Los centros de atención integral a drogodependientes (CAID) dependen de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid que tiene unas líneas generales de actuación en relación a estos centros y éstos actúan en función de las necesidades de los usuarios y usuarias que acuden a cada uno de los CAID. En relación a la Agencia Antidroga, no se ha podido localizar ningún tipo de documento que explique la implantación de la

⁸ Según la Real Academia Española: fobia a los varones.

⁹ Según la Real Academia Española: aversión a los varones.

¹⁰ Información aportada por profesional del CAID de San Sebastián de los Reyes.

perspectiva de género que se establece en los CAID de la Comunidad de Madrid, por lo que me he centrado exclusivamente en el CAID de San Sebastián de los Reyes.

En el CAID de San Sebastián de los Reyes, en relación a la perspectiva de género, se va a instaurar un grupo únicamente con mujeres drogodependientes, según refiere la psicóloga del CAID de San Sebastián de los Reyes. Este grupo va a estar conformado con usuarias de este CAID que quieran formar parte del mismo.

d) Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid (CAD)¹¹

Los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) basan su atención en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, donde se recogen actuaciones en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Uno de los apartados que presenta especial importancia se refiere a los itinerarios terapéuticos específicos, y en este caso, el que siguen las mujeres. Desde el Instituto de Adicciones se llevó a cabo un estudio en 2005 que estableció modelos de intervención para programas a realizar con mujeres drogodependientes teniendo en cuenta las diferentes características que posee el tratamiento ajustándose a las necesidades de las mujeres que son adictas a alguna sustancia psicoactiva para que tenga una mayor efectividad que si no se aplicara la perspectiva de género.

Al haber realizado estudios dentro de estos centros, se llegó a la conclusión de que los tratamientos presentan características diferenciales si se es hombre o mujer, estas son:

- Mayor dificultad de acceso, tratamiento e integración social
- Cargas familiares
- Mayor posibilidad de ser víctima de violencia de género
- Adicciones diferenciales en cuanto a patrones de consumo y sustancias en cuanto a los mismos en los hombres

El fin principal del anterior “Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016”, refleja la importancia de definir una intervención desde una perspectiva de género para

¹¹ Información obtenida del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021. <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2017/10/PlanAdicciones2017-2021.pdf> (fecha de consulta: 2 de marzo de 2019)


garantizar un adecuado aprovechamiento de los programas y servicios en mujeres y hombres. Durante el periodo de tiempo que se abarca, se han realizado talleres, jornadas, formación, grupos... para incorporar de manera transversal la perspectiva de género en la atención a las drogodependencias.

Los Centros de Atención a las Adicciones con la implantación progresiva de la perspectiva de género, han dado mayor y mejor visibilidad a la problemática que sufren las mujeres drogodependientes, como, por ejemplo, situaciones de violencia de género, que, en algunos momentos, son silenciadas durante el tiempo de terapia.

Esto se vio reflejado en el Plan de adicciones porque en los años 2008 y 2009 se realizaron investigaciones sobre la violencia en pareja de las mujeres drogodependientes que acudían al CAD de Villaverde y al CAD de la Latina y se observó que en el CAD de Villaverde el porcentaje era más elevado que en otras poblaciones y en el CAD de Latina un 69% de mujeres eran víctimas de violencia de género.

Como solución a dicha problemática desde el Ayuntamiento de Madrid se comienza a desarrollar un protocolo de detección, prevención y evaluación de la violencia en los programas que vayan dirigidos a mujeres drogodependientes. Además, los profesionales darán cursos de formación sobre la violencia de género en la población drogodependiente. En 2016 se elaboró el “Protocolo de intervención ante la violencia de género en los CAD”, donde los profesionales incorporan pautas para la intervención con mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género. El fin de este protocolo es generar un conocimiento, una coordinación y un trabajo en red con servicios y organizaciones sociales de atención a mujeres víctimas de violencia de género para poder dar respuesta tanto a la deshabituación del consumo como a la violencia de género.


Las acciones que se van a llevar a cabo según el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021 son:




- Incorporación de la perspectiva de género en Programas de prevención, tratamiento y reinserción.




- Formación y sensibilización en género a los equipos de profesionales.




- Elaboración de programas, proyectos y servicios con enfoque de género.




- Implementación del “Protocolo de intervención ante la violencia de género en los CAD”.



- Coordinación con recursos municipales y de otras organizaciones con programas específicos dirigidos a mujeres.



- Diseño de recursos y espacios terapéuticos que faciliten el acceso y adherencia al tratamiento en las mujeres

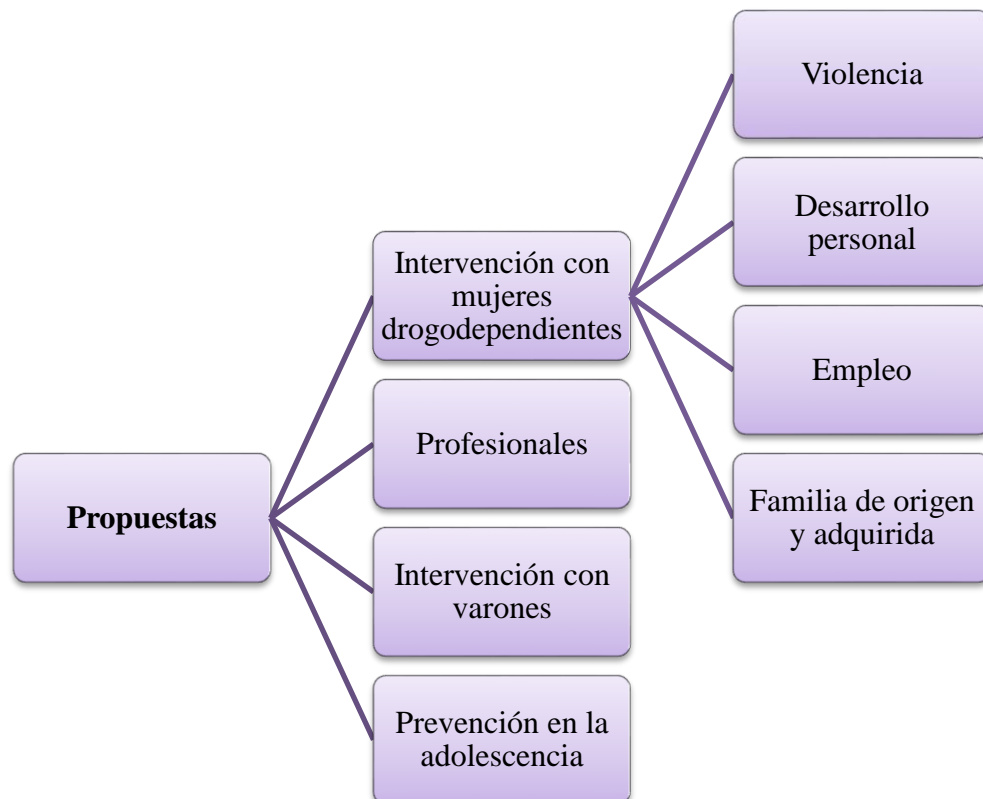


- Implementación de un programa específico dirigido a la atención de mujeres con abuso o dependencia a los psicofármacos (hipnosedantes).

13. Propuestas para la atención a personas drogodependientes desde la perspectiva de género.

Después de haber estado realizando una investigación profunda sobre las mujeres drogodependientes, se ha visto necesario establecer las siguientes propuestas dirigidas a incorporar la perspectiva de género y, de esta manera, mejorar la atención que se les ofrece, ya que, en la actualidad, la intervención con perspectiva de género se debería integrar en el ámbito de las drogodependencias porque las mujeres que son adictas a algunas sustancias se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Hay una necesidad real de tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres drogodependientes, por lo que es importante realizar una adaptación diferencial de los procedimientos ajustándolos a las demandas y necesidades diferenciales que poseen las mujeres consumidoras (Esculies, et al. 2007).

Las propuestas que se presentan se dividen en cuatro bloques: las dirigidas a la atención de las mujeres drogodependientes, las orientadas a la formación y capacitación de los profesionales y, por último, a la intervención con los varones drogodependientes.



1. Propuestas para la intervención con mujeres drogodependientes:

Desarrollo personal:

En la intervención individual sobre el desarrollo personal sería importante:

- Adecuar la intervención a la edad de la mujer consumidora de sustancias psicoactivas.
- Fomentar la autonomía emocional durante las intervenciones, ya que las mujeres adictas tienden a ser bidependientes, por un lado, de la sustancia y, por otro lado, de su pareja u otra persona cercana de su entorno.
- Dotar de herramientas a las mujeres para evitar que recurran a la farmacología en situaciones negativas de su vida.
- Incluir un trabajo sobre los roles y los estereotipos de género y cómo éstos le han afectado a cada una de las mujeres en su vida.
- Fomentar el análisis y la reflexión de las mujeres sobre la incidencia del consumo de drogas sobre algunas de sus decisiones vitales que han afectado a su autoconcepto y a su visión del resto de las mujeres.
- Si la mujer consumidora tuviera pareja, conocer la relación que tiene con la misma. Si la pareja fuese consumidora y no está en tratamiento, animarla a que se añada al mismo, y si no quisiera seguir un tratamiento, hacer consciente a la mujer de las situaciones de riesgo que puede conllevar el hecho de tener una pareja consumidora. En el recurso debería haber flexibilidad para poder atender a las parejas que son consumidoras para facilitar la deshabituación de los dos de manera conjunta, ya que, si se les separa en el tratamiento, lo más seguro es que lo abandonen.

En la intervención grupal sobre el desarrollo personal sería importante:

- Crear talleres de prevención de *violencia de género* para este colectivo, que permita desmontar las ideas preconcebidas del género femenino, ya que esto las condiciona a la hora de desarrollarse personal y socialmente.
- Formar grupos únicamente de mujeres en el recurso de atención a drogodependientes, con el fin de crear una red de apoyo entre ellas.

Familia de origen y adquirida:

- Las mujeres drogodependientes, en su mayoría son madres, lo cual puede dificultar acudir a las citas que se propongan desde el centro, por lo que como solución a este problema se debería crear una ludoteca para los y las menores dentro del recurso que presta atención a personas drogodependientes. En esta línea también se podrían generar recursos de apoyo a la maternidad en mujeres drogodependientes, como por ejemplo una persona que cuide de los hijos/as de la mujer mientras se encuentra en cita.
- Establecer bloques específicos dentro de la intervención que tengan relación con la parentalidad positiva y/o incidir en las problemáticas que surgen en las relaciones materno-filiales en las mujeres drogodependientes.
- Fomentar el acompañamiento y apoyo familiar durante el proceso de la deshabitación de la mujer.
- Favorecer que la mujer drogodependiente embarazada tenga prioridad en la atención multidisciplinar en los centros de atención a drogodependencias por las posibles consecuencias sociales, sanitarias y psicológicas derivadas del embarazo.

Violencia:

- Conocer si la mujer ha sufrido abusos o agresiones sexuales y cómo la adicción ha incidido en ello para prevenir posibles recaídas.
- Prevenir posibles situaciones futuras de violencia mediante la promoción de relaciones sociales adecuadas y sanas en la vida de las mujeres drogodependientes que las empoderen y no las desvaloricen.
- Capacitar a la mujer para que exprese sentimientos de enfado o placer, ya que la sociedad tiende a negar al género femenino la expresión de los mismos.
- Derivar a recursos especializados en violencia de género si no se puede realizar una intervención adecuada en relación a las situaciones de malos tratos. Aunque se dé una derivación a otros recursos, no hay que dejar de

tratar en las intervenciones dicho problema, porque hay que evitar silenciarlo.

- Constatar la presencia de situaciones de malos tratos o vejaciones y prevenir la reaparición de los mismos, tratando de solventar los problemas que se derivan de las situaciones de maltrato.

Empleo y ocio y tiempo libre:

- Realizar una búsqueda activa de empleo para fomentar la autonomía de la mujer.
- Desarrollar un ocio y el tiempo libre en espacios donde se capacite a la mujer y se la empodere. Si fuese necesario, se las debería derivar a recursos que potencien el correcto aprovechamiento de actividades lúdicas.

2. Propuestas para los profesionales:

- Ofrecer formación continua sobre perspectiva de género a los y las profesionales que trabajan con personas drogodependientes de manera que puedan mejorar su intervención con las mujeres, evitando prejuicios y estereotipos y favoreciendo una mayor adherencia de ellas al tratamiento.

3. Propuestas para los varones drogodependientes:

- Mediante talleres, sensibilizar a los hombres drogodependientes sobre las situaciones de las mujeres en la sociedad actual.

4. Propuesta de prevención en la adolescencia:

- Incorporar espacios de prevención en los centros educativos donde haya una prevención en los y las adolescentes en relación a la drogodependencia con perspectiva de género. Es importante atender a las diferentes formas de consumo que tienen los hombres y las mujeres.

Todas estas medidas fomentan la incorporación transversal de la perspectiva de género en el servicio de atención a personas drogodependientes. Hay que tener en cuenta a las mujeres y a los hombres en cada acción y/o decisión, ya sean en las leyes, políticas o programas. Esta estrategia tiene como fin tener en cuenta a las mujeres, al igual que a los

hombres, para la elaboración, ejecución y evaluación de cada implementación que se lleve a cabo.

Esto conllevará a que tanto hombres como mujeres sean beneficiarios de la igualdad social y no se siga perpetuando la discriminación de la mujer en recursos con mayor presencia masculina. El logro de estas consideraciones tendrá como objetivo la igualdad de los géneros.

14. Bibliografía.

Albajes, G y Plaza M., (2005) Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y drogas*, vol. 5, nº 2, pp. 99-115.

Arana, X. y Germán, I., (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*. Nº 19, pp. 169-215.

Ayuntamiento de Madrid, (2017) *Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021*. Área de gobierno de salud, seguridad y emergencias. Madrid salud. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid.

Berenguer, M., Luna, M., Esculies, O., (2006) Proyecto mujer” promoción e inserción sociolaboral de mujeres drogodependientes. En A. García y M. J. Carrasco (Eds.), *Diferencias de género en el uso de las drogas* (pp. 103-113). Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

Castaños M., Meneses, C., Palop M., Rodríguez M., Tubert S., (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas; Madrid. Secretaría General de Sanidad Ministerio de Sanidad y Consumo.

Energy Control. *Infodrogas*. Recuperado de: <https://energycontrol.org/energycontrol.org/infodrogas/alcohol.html>. (Fecha de consulta: 19 de febrero de 2019)

España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281. Referencia: BOE-A-1995-25444

Farapi Antropología, (2007) *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.

Farapi S.L, (2009). *Drogas y Género*. Ciudad Vasca. Instituto Vasco de la Mujer (EMAKUNDE), Organismo Autónomo del Gobierno Vasco. Editorial gizonduz,

González, T. (2006). Una experiencia de trabajo social con mujeres drogodependientes en el centro de día de “Los Almendros”. En A. García y M. J. Carrasco (Eds.), *Diferencias de género en el uso de las drogas* (pp. 93-102). Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

Guía mujer y drogodependencias (2007). Instituto Balear de la Mujer. Dirección General de Salud Pública y Participación. Centro Coordinador de Drogodependencias.

Lamas, M. (1996). *La perspectiva de género*. Revista de Educación y Cultura, nº 8, pp. 14-20. Disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm> (Fecha de consulta: 26 de febrero de 2019).

Llopis, 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*. Vol. 5, nº 2, pp. 137-157

Meneses, C. (2006) Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en mujeres. En A. García y M. J. Carrasco (Eds.), *Diferencias de género en el uso de las drogas* (pp.13-35). Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

Meneses, C. y Garcia-Mina A. (2006) Diferencias de género en el uso de las drogas en la adolescencia. En A. García y M. J. Carrasco (Eds.), *Diferencias de género en el uso de las drogas* (pp. 57-82). Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. (1997). *Definición de transversalización de la perspectiva de género*. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>. (Fecha de consulta: 5 de marzo de 2019)

Proyecto Malva (2015) Buenas Prácticas en Drogas y Género. Disponible en: https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Manual_Malva_BuenasPracticas.pdf. (Fecha de consulta: 25 de febrero de 2019)

Rekalde, A. y Vilches C., (2003). *Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la Comunidad Autónoma del País Vasco (C.A.V.)*. Donostia.

Rodríguez, S.E., Córdova, A. J., Fernández M. (2015) Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Salud y drogas*, vol. 15, nº 1, 2015, pp. 49-54

Romo, N. (2005). “Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas” *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*. Nº 1: 29-34.

Sánchez, L. (2009) *Documento marco, manual y guías. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia*. Conselleria de Sanidade, género y drogas. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.