

PROGRAMA FEDRA

**GUÍA BREVE
PARA
LA DETECCIÓN
E INTERVENCIÓN
CON MUJERES EN
SITUACIÓN DE
DROGODEPENDENCIAS**



fodra



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

DIRECCIÓN

Dra. María Sáinz Martín

Presidenta FUNDADEPS.

Jefa del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Profa. de la Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

EQUIPO TÉCNICO

Antonio Merino

Hernán Díaz

Isabel Soriano

Nieves Cáceres

Teresa Gómez

Alba Elena Martín

Eliana Cano

Reimpresión (2014)

Reimpresión (2016)

Reimpresión (2018)

© FUNDADEPS (2013)

© MSSSI (2013)

La presente **Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias** es un material elaborado por el Programa FEDRA, organizado por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS), y subvencionado por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)

Desiderata para cultivar la salud ©

festejar la vida

Leer libros

Unirse a los otros

Escuchar a los demás

La solidaridad es ley

Veir, imprescindible

Andar es necesario

La higiene es básica

Defender la libertad

Oír música

Ser sensibles

Amar es fundamental

Ser sinceros

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?	8
ESTADO DE SITUACIÓN.....	9
APROXIMACIÓN AL GÉNERO.....	11
CONSUMO DIFERENCIAL	14
CONSUMO EN EL ESPACIO PÚBLICO Y PRIVADO.....	17
CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PÚBLICO	17
CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PRIVADO.....	21
CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO	24
EFFECTOS DEL ABUSO EN EL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD	26
EFFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL.....	26
EFFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	28
CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN	30
¿CÓMO ACTUAR?.....	31
PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO	31
INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

INTRODUCCIÓN

La presente **Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias** es un material elaborado por el Programa FEDRA, organizado por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y subvencionado por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

El objetivo del Programa es capacitar a profesionales del ámbito sociosanitario en la adquisición de conocimientos y habilidades para mejorar la prevención, detección y atención a las mujeres en situación de drogodependencia desde la perspectiva de género.

Las transformaciones sociales traen aparejados cambios en los comportamientos de las personas, y el fenómeno de las drogas y sus adicciones no son ajenas a esas transformaciones en las que el consumo empieza a visualizarse en las mujeres como una percepción social estigmatizada que refuerza su aislamiento, favoreciendo la ocultación del problema y, con ello, las consecuencias en su salud física y mental, y en su entorno social, familiar y laboral.

La confluencia de factores como el género y la drogadicción, hace que las mujeres se conviertan en un grupo con un alto riesgo de sufrir algún tipo de discriminación o maltrato institucional, social, familiar o de pareja. Si a esto le sumamos la falta de credibilidad que se otorga a las mujeres en situación de drogodependencia, como es el caso que nos ocupa, podemos afirmar que nos encontramos ante una compleja situación que está siendo ignorada.

Al analizar por tanto el fenómeno de la drogadicción por sexos, y observar la manera en que se está interviniendo desde los servicios sociosanitarios, se hace necesario mirar esta realidad desde la perspectiva de género para visibilizar y entender las

condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social de las mujeres consumidoras. Además, de esta manera se contribuye a mejorar la calidad en la detección y atención a las mujeres que se da desde los distintos recursos en los cuales son atendidas.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?

Al conjunto de profesionales de los servicios sociosanitarios y sociales que atienden a mujeres.

Implica a profesionales de atención primaria y atención especializada de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, ginecología, incluyendo los servicios de urgencia.

Igualmente va dirigida a educadoras y educadores sociales, y profesionales que trabajan en centros de atención a mujeres en situación de drogodependencia, violencia de género o prostitución.

ESTADO DE SITUACIÓN

La drogodependencia femenina permanece invisibilizada bajo la pauta cultural y estadística que es la drogodependencia masculina como fenómeno social. De hecho, es menos probable que las mujeres drogodependientes entren en los recursos asistenciales en comparación con los hombres.

Como rescata Rosario Ruiz-Olivares (2017), algunos estudios afirman como las intoxicaciones por consumo de alcohol y el síndrome de abstinencia se presentan con mayor severidad en mujeres que en hombres; como ellas tienen mayor incidencia de VIH; riesgo más alto de suicidio, mayor riesgo de mortalidad, e incluso que la respuesta neuronal al estrés, las hace más vulnerables a la recaída. Otro aspecto a tener en cuenta en las mujeres en la gravedad de la sintomatología psiquiátrica o la presencia de patología dual (Villagrà et al., 2011).

El Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 indica como en el caso particular de las mujeres, en comparación con los hombres, se identifican consumos poco visibles, mayor estigma y culpa, menores apoyos y comprensión, y mayor juicio, que se ve reforzado si además son madres por las consecuencias que su consumo puede tener para sus hijos e hijas. En muchas ocasiones, el mandato de género de la maternidad y la "buena madre", hace que se juzgue y culpabilice con gran severidad a las mujeres/madres consumidoras. Los sentimientos de culpabilidad y vergüenza que acompañan a las mujeres, son difíciles de evaluar científicamente, pero se detectan con claridad en el trabajo clínico con ellas (Brady y Ashley, 2005).

Todas estas variables y circunstancias tienen como consecuencia que muchas mujeres consuman a escondidas y nieguen el problema.

Las mujeres que consumen de forma abusiva algún tipo de sustancia tienen múltiples desventajas a la hora de iniciar, mantenerse o beneficiarse de los tratamientos existentes, ya que el ses-

go en la atención ha tomado como referencia a la población masculina. Por eso, las problemáticas biopsicosociales asociadas al problema de consumo que presentan las mujeres, complican el tratamiento por la falta de formación en perspectiva de género del conjunto de profesionales.

Esto repercute en que las mujeres acceden en menor medida a los recursos destinados a la atención, especialmente a las comunidades terapéuticas, ya que no ven cubiertas sus necesidades específicas (Eva Bolaños, 2012). Por el contrario, estos casos quedan en el ámbito de la atención primaria, sin protocolos de detección, derivación ni coordinación con los centros especializados.

Recuerda que:

Es necesario por tanto un cambio cuantitativo dirigido a aumentar el número de mujeres detectadas, pero también cualitativo, en el que se tengan en cuentas las problemáticas de género en la atención.

APROXIMACIÓN AL GÉNERO

El concepto “**sexo**”, se refiere a las características tanto biológicas y anatómicas, referentes al tamaño y forma corporal, como fisiológicas, referidas a la actividad hormonal y el funcionamiento de los órganos, que distinguen a un sexo del otro, dando como resultado básicamente dos posibilidades: hembras y machos.

Según Charo Altable (2000), el sexo es un proceso evolutivo que hunde sus raíces en lo biológico, que es modificable y a la vez muestra una evolución psicosocial también modificable. No puede quedar por tanto reducido a los órganos sexuales, y su desarrollo exige los mismos factores explicativos (genético, hormonal, cerebral...), que cualquier otra dimensión humana.

El concepto “**género**” en cambio, se refiere al conjunto de cualidades biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a las personas según su sexo. A partir del sexo, se hace una construcción social de lo que significa ser hombre y ser mujer, que varía a lo largo del tiempo y de una sociedad a otra, construyendo el género y dando como resultado la dualidad masculina y femenina.

En los últimos años, el concepto sexo-género ha sido sometido a importantes discusiones hasta ahora invisibles. Estos cuestionamientos toman fuerza a partir de la ebullición de investigaciones sobre las denominadas sexualidades periféricas, es decir, aquellas que no siguen las pautas marcadas por la normatividad sexual hegemónica, convirtiéndose en una parte interesante de la construcción de ese “paradigma otro”. Así, se plantea una gran **crítica a los conceptos sexo-género** en tanto que fundamentados en una visión dualista de la realidad: hombre/mujer y masculino/femenino, enmarcado dentro de una la heterosexualidad normativa. Este modelo dicotómico no admite la existencia de otras realidades que están presentes como las personas intersexuales, las personas transgénero y las distintas opciones sexuales que cada quien elija.

En cualquier caso, de manera pedagógica podemos entender que el género es una categoría analítica que expresa **las relaciones de poder** de los hombres sobre las mujeres dentro del sistema patriarcal de dominación en todo el accionar de la vida cotidiana. Nos habla de lo femenino tradicional y lo masculino tradicional. Es importante aquí tener en cuenta que el género no es sinónimo de "mujer", sino que expresa las relaciones entre estas y los hombres dentro del sistema patriarcal.

La construcción **identidad de género** es un proceso constante y sutil, que se inicia al momento en que nacemos y se consolida a lo largo de la vida en la práctica social. Para las mujeres destacan por ejemplo "la buena madre", "la esposa perfecta", la "profesional todo terreno", etc. Para los hombres rige "el sustentador económico" o "la cultura del riesgo". Todo esto determina nuestro comportamiento.

Al nacer niño o la niña se atribuyen características diferentes que ejercen una influencia durante toda la vida y condicionan, a hombres y mujeres, a cumplir con este perfil y así obtener la aprobación social, de tal manera, que la mayoría de las personas reconocen estos atributos como si fueran naturales.

En este sentido, a las mujeres se nos construye socialmente para ocuparnos de la reproducción social, pivotada en la división sexual del trabajo y la vivencia del amor romántico como el principal generador de la identidad femenina. Una identidad relacional que necesita de la aprobación del "otro" para sostenerse a sí misma y se vincula con el ámbito doméstico y privado.

El ámbito público es el espacio en el que las personas ejercen su ciudadanía, en el que tienen acceso o no al poder político y se realizan como ciudadanas/os. Por el contrario, el ámbito doméstico es aquél en el que se desarrolla la vida en familia, se reproducen las costumbres, se cuida a las personas dependientes, etc.; es el ámbito en el que, tradicionalmente, se han desempeñado las mujeres. En ambos espacios se reproducen las relaciones de género y se consolidan los roles que cada uno/a tiene que cumplir. Esto es importante para entender las diferencia en el consumo de drogas.

Estos roles están siendo cada vez más cuestionados, y ha permitido que el espacio público sea compartido por hombres y mujeres, aunque no en igualdad de condiciones. En los últimos años, la irrupción masiva de las mujeres al ámbito laboral ha cambiado el panorama de la vida económica y social de los países (Isabel Soriano, 2018).

Las mujeres, a pesar de acercarse al mundo de "los varones", siguen manteniendo estrategias determinadas por sus roles de género como mostrarse más cautas, menos arriesgadas y situadas en un segundo plano en los ámbitos públicos de consumo (Nuria Romo, 2018).

Iniciar la guía hablando de género para abordar las situaciones de drogodependencias en mujeres significa asentar unas bases mínimas que pongan de manifiesto la minusvaloración e invisibilización que afectan a muchas mujeres por una construcción social del género, y que nos va a afectar en nuestra identidad y subjetividad de forma determinante. En una problemática como las drogodependencias encontraremos elementos que tienen que ver con estas dinámicas, y la perspectiva de género ofrece herramientas para poder intervenir (Patricia Martínez, 2008).

CONSUMO DIFERENCIAL

Los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta, los hipnosedantes sin receta y los analgésicos opioides, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres. Además, respecto al policonsumo (consumo de dos o más sustancias) vemos que destaca el alcohol y el tabaco, y que también se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres en todos los tramos de edad, acentuando los mayores porcentajes de policonsumo masculino en el tramo de edad de 25 a 34 años. En cuanto a las mujeres, es en el tramo de 45 a 54 años donde obtienen un porcentaje más alto de policonsumo, al aumentar el consumo de hipnosedantes (EDADES 2017).

En las mujeres, aunque porcentualmente tienen un consumo menor que los hombres en todas las drogas excepto los hipnosedantes, se acercan en cuanto al consumo de alcohol alguna vez en la vida (88,8% vs 93,6%), aunque se alejan si la prevalencia es los últimos 30 días (54% vs 71,5%), en todas las edades, incluidos los grupos de 15 a 24 años.

Según los últimos datos aportados por la Encuesta ESTUDES 2016/2017, las drogas más consumidas por un mayor porcentaje de estudiantes son el alcohol, el tabaco y el cannabis, aunque si nos fijamos en las drogas legales, la tercera de mayor consumo serían los hipnosedantes. Destaca, a diferencia de lo que ocurre en población general (EDADES, 2017), que el consumo de drogas legales como el tabaco, el alcohol o los hipnosedantes, está más extendido entre las chicas que entre los chicos, con: 76,9% vs 74,3% en alcohol / 36,9% vs 32,6% en tabaco / y 14,4% vs 8,8% en hipnosedantes. Esto puede responder a que sus patrones de consumo se acercan cada vez más a posturas tradicionalmente consideradas masculinas.

Analizando el consumo de hipnosedantes en estudiantes, que es el que mayor diferencia presenta por sexos, se observa que la

prevalencia del consumo ha ascendido ligeramente respecto al 2014 en chicas, incremento que casi se duplica en los chicos. Será necesario estudiar estos datos en los próximos años, para analizar si se trata de un hecho aislado, o una trayectoria ascendente en el consumo de estas sustancias. Respecto a la edad de inicio, esta se sitúa en 13,7 años, siendo la droga que se empieza a consumir con menor edad.

Las ratios masculino/femenino para el uso de drogas ilegales suelen acortarse en los grupos de edad más joven y se distancian cuando las mujeres avanzan en edad. Quizás acercarse a los hombres en los usos de drogas ilegales sea una situación transitoria, que se diluye cuando las mujeres envejecen y asumen los roles más tradicionales y poco relacionados con conductas de riesgo, como consumir drogas ilegales.

Recuerda que:

Las mujeres optan más por drogas legales y psicofármacos de efecto tranquilizante o empático, mientras que el consumo de sustancias relacionadas, al menos potencialmente, con actitudes agresivas está vinculado a un patrón masculino.

Desde la perspectiva de género, entendida como categoría analítica relacional, vemos que por un lado se han invisibilizado las situaciones de drogodependencia en las mujeres, pero también se ha naturalizado el alto consumo en los hombres. Aunque efectivamente los recursos asistenciales y programas son de corte androcéntrico y van dirigidos a los hombres, no se ha tenido en cuenta la socialización de género masculino para abordarla. El consumo en los hombres se asocia con actividades ilegales, actitudes violentas, omisión de los riesgos, descuido de la salud, etc. La identificación de estas conductas con lo que se espera

de los hombres en esta sociedad hace que pasemos por alto y naturalicemos una compleja realidad sin cuestionarla.

Por otro lado, las expectativas respecto al consumo de mujeres y hombres son distintas, tanto en los efectos posteriores como significado del propio hecho de consumir. Para las mujeres, consumir determinadas drogas se considera como una "desviación" de los mandatos de género y es recriminada por ello. Para los hombres, en cambio, el consumo se vincula a una actividad "propia de su sexo", hasta el punto de que puede dudarse de la hombría de un hombre si éste no consume. Por tanto, el estigma de unas y otros es diferente, ya que en el caso del consumo de ciertas drogas las mujeres estarán menoscabando su feminidad, mientras que los hombres estarán poniendo en valor su masculinidad (Beatriz Moral, 2008).

CONSUMO EN EL ESPACIO PÚBLICO Y PRIVADO

Alude Nuria Romo (2018) que, a pesar de los cambios sociales que se producen desde los años sesenta del siglo XX y de la incorporación de las mujeres a los espacios públicos, las mujeres no se inician en la misma medida que los varones en el uso de drogas ilegales, patrimonio de la masculinidad. Así que cada vez que las mujeres usan drogas ilegales y rompen los límites de lo impuesto socialmente por el patriarcado, se generan sanciones sociales, un rechazo debido a las rupturas en los roles de género asignados.

Así, en las mujeres, los medicamentos como están prescritos, son legales, quedan circunscritos en el espacio del hogar y no representan una ruptura con el rol que se espera de ellas. A su vez el tabaco y alcohol es fácil de conseguir en lugares de ocio.

En los hombres, además de compartir estas dos últimas, consumen en mayor medida otras sustancias como la cocaína o drogas de síntesis. Su patrón es más bien el del riesgo, el desafío de la norma. La desviación del rol masculino no es penalizada sino que es considerada como la desinhibición social y grupal que se espera de ellos.

CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PÚBLICO

ALCOHOL

En el caso de las mujeres adictas al consumo de bebidas alcohólicas hay implicaciones importantes que tienen que ver con el orden social, por lo que muchas mujeres consumen en privado por el miedo a ser estigmatizadas. Además de la implicación que existe sobre la salud sexual y reproductiva.

TABACO

Su evolución en el consumo por parte de las mujeres tiene patrones parecidos al consumo de alcohol. Cada vez más mujeres jóvenes se inician en su consumo independientemente de la clase social. Hay una imagen social, perpetuada por la publicidad, que asocia tabaco con delgadez y atracción para los hombres.

Las mujeres consumen alcohol como forma de escape ante situaciones problemáticas: acontecimientos vitales, estrés, separación de los hijos e hijas, ruptura de pareja, proyectos de vida frustrados o falta de los mismos, etc. Es decir, para escapar de situaciones extremas. Las tensiones vividas en sus roles de madre, esposa, ama de casa y amantes y los sentimientos de inadaptación a estos roles corren parejas con la insatisfacción de las expectativas personales, tanto en el hogar como en el trabajo, elementos que están íntimamente asociados a su proceso de alcoholización.

Por su parte, el tabaco es un elemento que se incorpora a la sociabilidad, y la acompaña en momentos importantes como la adolescencia para afirmarse. Algunas chicas fuman para hacer amistades y para tener relaciones sociales; otras fuman como forma de rebelarse contra sus padres y madres, otras autoridades, la escuela o la sociedad en general. También fuman porque soportan niveles más elevados de estrés en sus vidas que los chicos. A su vez, el tabaco es un factor de primer orden en la explicación de otras adicciones. Las distintas investigaciones revelan su fuerte relación con el consumo de drogas ilegales, como por ejemplo el hachís o la marihuana.

Aunque el consumo de tabaco provoca los mismos efectos en la salud de hombres y mujeres, existen otros riesgos agregados para la población femenina, ligados a diferencias hormonales y a su función reproductiva, como por ejemplo, su asociación al

cáncer de cérvix y útero, desórdenes en periodos menstruales, infertilidad y menopausia temprana.

A la hora de abordar la prevención o atención a mujeres desde la perspectiva de género es importante tener en cuenta una serie de características que definen el consumo femenino y el masculino. Pueden parecer cuestiones demasiado obvias, pero es necesario recordarlas y tenerlas en cuenta¹:

MUJERES

- Las dosis que toman son menores.
- La frecuencia de salidas y consumo es menor.
- Realizan menos mezclas.
- Siguen itinerarios más breves.
- Evitan la agresividad en sus comportamientos y situaciones.
- Revelan una superior percepción de riesgos en el consumo de sustancias.
- Son más prudentes.
- Utilizan más las drogas legales que las ilegales
- Son más previsoras y cuidan más la organización de la diversión. De hecho, a menudo acuden a la fiesta con la dosis que van a consumir ya adquirida, con lo que evitan ponerse en situaciones imprevistas.
- Huyen más de las consecuencias de determinados consumos (como los estimulantes), de los conflictos y las situaciones de conflictividad.
- No suelen presumir de estar colocadas..

1 Adaptado de Ángel Rekalde (2005)

HOMBRES

- Las dosis que toman son mayores.
- La frecuencia de salidas y consumo es mayor.
- Realizan más mezclas.
- Siguen itinerarios más largo.
- No evitan la agresividad en sus comportamientos y situaciones.
- Revelan una menor percepción de riesgos en el consumo de sustancias.
- Son menos prudentes.
- Son menos previsores y no cuidan tanto la organización de la diversión. Acuden a la fiesta sin prever cuánto o qué van a consumir.
- Utilizan más drogas ilegales que legales.
- No huyen o les atraen las consecuencias de determinados consumos (como los estimulantes) o los conflictos.
- Suelen presumir de estar colocados.

Tampoco podemos olvidar que el espacio público y los contextos de ocio se caracterizan por una importante masculinización del ambiente, de manera que las mujeres se encuentran en un espacio en el que son una minoría cuantitativa y cualitativa, desempoderándolas y haciéndolas más vulnerables.

CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PRIVADO

El consumo privado de drogas en mujeres se refiere fundamentalmente a **psicofármacos**, que son la única sustancia en la que las mujeres jóvenes y adultas superan a los hombres. Su consumo se hace dentro del ámbito de lo privado, muy ligado a la construcción femenina de la identidad como hemos visto.

Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o "pastillas para dormir" a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiacepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo. Según datos de EDADES 2017, el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides, fundamentalmente codeína y tramadol, está más extendidos entre las mujeres que entre los hombres de todas las edades, siendo la diferencia de ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales. Además, los hipnosedantes son actualmente la tercera droga más consumida en España.

Los tranquilizantes ansiolíticos, sedantes, inductores del sueño y antidepresivos están fuera de la respuesta social negativa que tienen las drogas, ya sean legales o no, ya que por el contrario son asimilables al comportamiento y los modelos tradicionalmente femeninos. Por tanto, es un consumo totalmente opuesto al que encontramos habitualmente en contextos de ocio o vinculados a drogas ilegales.

Las causas de este consumo en las mujeres se relacionan con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa, la angustia, la ansiedad, la tristeza, el nerviosismo o el insomnio, según recogen De la Cruz M.J. et al. (2002) en el estudio "Adicciones ocultas". Al catalogar estas reacciones emocionales ante las condiciones de vida como enfermedad, se recurre a los fármacos para "curarlas". Pero hay que tener muy presente que el uso prolongado de benzodiacepinas se ha relacionado con el incremento de fracturas de cadera, con deterioro cognitivo, demencia y au-

mentos de mortalidad global, por lo que se está poniendo a las mujeres en situación de riesgo derivado. Como apunta Caterina Vicens Caldentey (2015), las alternativas al tratamiento son mayoritariamente abordajes psicoterapéuticos que a día de hoy apenas están disponibles en atención primaria.

Si comparamos el consumo de psicofármacos con otras drogas donde la presencia masculina es mayor vemos lo siguiente²:

PSICOFÁRMACOS

- Son drogas legales y/o prescritas, por lo que su consumo está avalado moralmente por el sistema médico.
- Su consumo no representa un reto o un desafío a alguna norma o autoridad.
- Se relacionan con la salud mental, por lo tanto con el autocuidado.
- Se consumen en el hogar.
- Permiten el desempeño normalizado de su rol.
- No se relacionan con ambientes delictivos.
- Su consumo no se percibe como arriesgado (tanto para la salud como en relación a aspectos legales) por ser prescrito por profesionales y ser legal.
- Se consumen durante el tiempo propio de la rutina y del quehacer diario.
- Su consumo es en la soledad y en la privacidad.

2 (Beatriz Moral, 2008)

OTRAS DROGAS

- Su consumo conlleva una penalización moral, por considerarse un comportamiento desviado a su sexo.
- Su consumo sí representa un desafío a la norma.
- Se conciben como dañinas para la salud, y se relacionan con la falta de actitudes de autocuidado.
- Se consume fuera del hogar, en lugares públicos.
- No permiten el desempeño normalizado de su rol.
- Pueden relacionarse con ambientes delictivos.
- Su consumo se percibe como arriesgado (tanto para la salud como en relación a aspectos legales).
- Se consumen fuera del tiempo de la rutina (marcan un time out del quehacer diario).
- Su consumo es en grupo y en público, por lo tanto objeto de juicios morales.

CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Diversos estudios muestran que las mujeres drogodependientes sufren más violencia de género que aquellas que no tienen problemas de adicción. Las mujeres adictas víctimas de violencia de género sufren una doble vulnerabilidad: por el consumo y por la violencia. Cabe recordar que las mujeres consumidoras son percibidas socialmente como desviadas no sólo por su consumo, sino también y sobre todo por contraponerse a la definición social de lo que supone ser mujer (Fundación Salud y Comunidad, 2014).

En la gran mayoría de las manifestaciones de violencia contra la mujer y/o de género está presente el componente sexual. La violencia sexual incluiría todas aquellas formas de agresión que suponen el uso del cuerpo de las mujeres en contra de su voluntad, desde cualquier contacto de carácter sexual sin el consentimiento de la misma hasta la violación. (Alberdi y Matas, 2002)

La imagen de mujer consumidora como promiscua tampoco ha desaparecido. No sólo se ejerce una clara presión sexual sobre ellas, también las sitúa en una situación de clara vulnerabilidad. (Fundación Salud y Comunidad, 2014). Tal y como se apunta en el 4º Informe anual 2016-2017 de Observatorio Noctámbul@s, la droga más presente en situaciones de violencia sexual es, sobre todo, el alcohol, seguido de la cocaína. El alcohol, por una parte, actúa como droga depresora que puede reducir o incluso hacer desaparecer la capacidad de reacción de la persona agredida; por otra parte, puede actuar como desinhibidor del potencial agresor. La cocaína por su parte, puede generar tensión, paranoia y acentuar la necesidad de control de las personas. En cualquier caso, es necesario entender que la causa de la violencia que ejercen los hombres alcohólicos sobre sus mujeres reside en el sistema patriarcal, y que el consumo no es causante de la violencia de género.

De hecho, en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 se indica que las mujeres, sufren doblemente como víctimas el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por sus parejas que consumen alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ellas mismas problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia.

El Plan de acción sobre Adicciones 2018-2020 visibiliza que las medidas de protección y atención que se ponen en marcha desde los servicios sociales tienen dificultades para dar una atención adecuada a estas mujeres, en las que confluyen ambas problemáticas, por eso insta a fomentar la atención integral y la coordinación de recursos para atender a las mujeres que sufren violencia de género, así como a sus hijas e hijos, con el fin de evitar la revictimización institucional.

EFFECTOS DEL ABUSO EN EL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD

EFFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro.³

EFFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD MENTAL

TABACO

- Su consumo se relaciona con una mayor predisposición para padecer depresión.

ALCOHOL

- Deterioro cognitivo de distinto grado.
- Alteración de la memoria y de la expresión emocional.
- Trastornos psicóticos, síntomas depresivos y de ansiedad.
- Trastornos del sueño y de la conducta que producen desadaptación social.
- Demencia alcohólica y psicosis.

COCAÍNA

- Síntomas psicóticos, desde la frecuente paranoia hasta la psicosis cocaínica que cursa con gran componente de agresividad y agitación.
- Depresión, irritabilidad, ansiedad y distimia.

3 Adaptado de M^o Ángeles Barreda, 2005

TRANQUILIZANTES

- Depresión, falta de motivación, ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Abandono del cuidado personal.
- Abandono del cuidado de los y las hijas.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Algunas personas experimentan pérdida de memoria, toma de decisiones erróneas y dificultades de atención.

CANNABIS

- Ansiedad.
- Ataques de pánico.
- Disminución del rendimiento intelectual (atención, memoria).
- Apatía, falta de interés y motivación.
- Con factores previos o predisponentes, pueden desencadenarse cuadros psicóticos por intoxicación aguda o precipitar una psicosis esquizofrénica.

HEROÍNA

- La dependencia de la heroína no se ha establecido como origen de la aparición de trastornos psiquiátricos.

EFFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

No se conoce en su totalidad los mecanismos por los que las drogas alteran el sistema reproductor femenino, pero sí se sabe que algunas de ellas actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, generando disfunción ovárica y alteraciones menstruales.⁴

EFFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TABACO

- Reducción de la fertilidad, retraso en la concepción e infertilidad.
- Reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida.
- Incremento del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio entre las fumadoras que toman anticonceptivos orales, en especial entre las que tienen 35 años o más.
- Adelanto de la menopausia (en dos años como promedio).

ALCOHOL

- Aparición de ciclos menstruales irregulares.
- Ausencia de ovulación.
- Mayor riesgo de abortos.
- Aparición de menopausia precoz.
- Reducción de la excitación y placer sexual.

TRANQUILIZANTES

- Desinterés por las relaciones sexuales.

4 Adaptado de VV.AA (2009). Guía Informativa: Drogas y género. XUNTA DE GALICIA

CANNABIS

- Trastornos menstruales.
- Ciclos sin ovulación.
- Abortos espontáneos.
- Las investigaciones científicas confirman que su uso crónico se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que señalan quienes la consumen.

COCAÍNA

- Alteración de los ciclos menstruales o amenorrea (supresión de flujo menstrual).
- Reducción del número de ciclos ovulatorios.
- Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y la lactancia.
- Reducción del placer sexual.

HEROÍNA

- Alteración de los ciclos menstruales.
- Ausencia de reglas.
- Intensa disminución del deseo sexual.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN

Debido a que el consumo en las mujeres muchas veces es oculto, estas reciben una atención sesgada y en ocasiones insuficiente. Además, la falta de formación entre el personal especializado en el ámbito de las drogodependencias en materia de perspectiva de género, favorece que a día de hoy, todavía las políticas de prevención, los recursos asistenciales, los tratamientos y los itinerarios, no respondan a las necesidades de las mujeres. Tal es así, que desde el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, se indica la inclusión de la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial, y una mayor flexibilidad organizativa y de recursos que facilite el acceso al tratamiento más adecuado a las mujeres (PNSD 2017-2024).

Los elementos diferenciales que habría que tener en cuenta son:

- Consumo de psicofármacos y alcohol en soledad-ámbito de "lo privado".
- Presencia de malos tratos, incluyendo los abusos sexuales, en las relaciones de pareja.
- Sexualidad: su relación con el consumo, vivencia en la pareja y/o fuera de ella.
- Preocupación por la imagen corporal y su relación con la adicción.
- Centralidad de relaciones heteroafectivas como eje vital fundamental.
- Baja autoestima y falta de autocuidados.
- Falta de apoyo familiar y social por una doble penalización social ante el consumo de drogas.
- Conductas de alto riesgo para la salud.
- Presencia de hijos/as en el tratamiento (cargas familiares no compartidas).
- Feminización de la pobreza.

¿CÓMO ACTUAR?

Las dificultades que encuentran las mujeres para recuperarse de la dependencia reside en dos tipos de factores:

- a) Aquellos que están relacionados con el programa de tratamiento.
- b) Los que tienen que ver con los condicionantes de género.

Para promover que las mujeres participen en los tratamientos de desintoxicación desde la perspectiva de género es necesario trabajar en varios escenarios según el monográfico de Naciones Unidas *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*.

PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO

- **Género:** Reconocer el género como categoría relacional que explica las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres en los contextos estructural e individual.
- **Entorno:** Crear un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad.
- **Entrevista:** Es necesario establecer una relación empática, aceptante y cuidadosa, sensible para detectar y cuestionar prejuicios que interfieran en ella.
- **Relaciones:** Elaborar políticas, prácticas y programas favorables a las relaciones personales y que promuevan vínculos sanos con las hijas e hijos, la familia, la pareja y la comunidad.
- **Servicios:** Abordar las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias, los traumas y la salud mental, ofreciendo servicios de amplio alcance, integrados y culturalmente adecuados.
- **Situación económica y social:** Posibilitar la mejora de las condiciones socioeconómicas.
- **Comunidad:** Establecer un sistema de atención en la comunidad que incluya servicios de amplio alcance, inspirados en la colaboración.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO⁵

FASES	INTERVENCIONES
FASE DE EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Crear un entorno seguro y acogedor que inspire confianza.• Crear un espacio flexible en los horarios y momentos de encuentro, así como en los temas a trabajar que pueden no ajustarse al protocolo.• Asegurar la confidencialidad y cuidar la información que damos y recibimos tanto a familiares como a profesionales. Mención especial merece el manejo de experiencias traumáticas y situaciones de violencia.
FASE DE DESHABITUACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Motivar para el tratamiento a largo plazo.• Identificar medidas de control externo que faciliten la abstinencia.• Identificar recursos de las mujeres.<ul style="list-style-type: none">- Personales.- Externos.• Identificar situaciones de riesgo específicas de las mujeres.• Desarrollar estrategias de prevención de recaídas.• Desarrollar habilidades relacionales.• Detectar posibles áreas de conflicto.• Feedback de logros.
FASE DE INCORPORACIÓN SOCIAL (NIVELES)	<ul style="list-style-type: none">• Formativo laboral.• Familiar.• Social.• A nivel personal.

5 Adaptado de Mónica Castaños (2007)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, Inés y Matas Natalia (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Fundación «la Caixa», Madrid.
- Altable Vicario, Charo (2000). *Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad*, Ed. Miño y Dávila, Madrid.
- Altell, G. y Plaza, M. (2005). *Abuso del alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género*. Salud y drogas, vol. 5, nº 2, diciembre.
- Barreda Marina, M.ª Ángeles et.al. (2005). *Mujer y adicción*. Instituto de Adicciones, Madrid Salud.
- Brady, T.M. y Ashley, O.S. (Eds.) (2005). *Women in substance abuse treatment: results from the alcohol and drug services study (ADSS)* (DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. Rockville, MD.
- Bolaños Gallardo, Eva (2012). *Mujeres, drogas y género*. XVIII Jornadas Municipales sobre Drogas. Gijón, 19 de abril de 2012.
- Castaños, Mónica et. al. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Sanidad Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fundación Atenea Grupo GID (2006). *Análisis de datos de la operación bola de nieve con jóvenes consumidores de cocaína de Torrejón de Ardoz*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Madrid. Agencia Antidroga.
- Fundación Salud y Comunidad:
(2014). *Observatorio cualitativo sobre la relación entre el consumo de drogas y los abusos sexuales en espacios de ocio nocturno. Informe técnico*.

- (2017). *4º Informe Anual 2016-2017 Observatorio Nctámbul@s. Observatorio sobre la relación entre el consumo de drogas y las violencias sexuales en contextos de ocio nocturno.*

Martínez Redondo, Patricia

- (2010). *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).*
- (2008). *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias. ASECEDI.*

Matud Aznar, M.ª Pilar et al. (2017). *Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España.* Journal of Feminist, Gender and Women Studies 5:23-31, Marzo/March.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

- (2018). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.*
- (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.*
- (2017). *EDADES 1995-2017. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España.*
- (2016). *ESTUDES 2016. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España.*

Moral, Beatriz (2008). *Drogas y género. En Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de Drogodependencias.* 1ª Jornada de la Comisión de Género. Gobierno Vasco.

Rekalde, Ángel (2005). *Drogas de ocio y perspectiva de género.* Txostenak, 16.

Romo Avilés (2017). *Cambios y continuidades en el consumo de drogas y tóxicos en mujeres y niñas jóvenes. En Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia.* Ed. Octaedro.

- Ruiz Olivares, Rosario y Chulkova, Mina (2016). *Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica*. Clínica y Salud 27.1-6.
- Soriano Villarroel, Isabel (2018). *Aproximación a los conceptos básicos sobre socialización diferencial de género y sexualidades*. Iniciativas-CSE S.Coop.Mad.
- Vicens Caldentey, Caterina et al. (2015). *Estrategias para reducir el uso prolongado de benzodiazepinas*. *Terapéutica en APS*. FMC.22(9):510-8.
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J., Rodríguez, F. y Martín, J. L. (2011). *Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión*. *Adicciones*, 23, 219-226.
- VV.AA. (2009). *Guía Informativa: Drogas y género*. XUNTA DE GALICIA.



NUESTRAS REDES

- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES)
- Consorcio Interamericano de Centros de Formación en Promoción y Educación para la Salud (CIUEPS)
- Red Iberoamericana de Comunicación y Salud
- Asociación Española de Fundaciones
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
- Coordinadora Estatal de VIH/Sida (CESIDA)
- Confederación Española de Asociaciones de Mayores (CEOMA)
- Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos/as (CEAPA)
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)




www.fundadeps.org

Hospital Clínico San Carlos
28040 Madrid

Teléfonos
91 330 34 22 / 91 330 37 05

Correo electrónico
secretaria@fundadeps.org
comunicacion@fundadeps.org

 www.facebook.com/fundadeps

 [@fundadeps](https://twitter.com/fundadeps)

 youtube.com/fundadeps