



**TRABAJO FIN DE  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
“PERSPECTIVA DE GÉNERO EN  
EL CONSUMO DE DROGAS”.**

**Autor/a:**

D<sup>ª</sup>. Beatriz Martín Santos

**Tutor/a:**

D. Pablo de la Rosa Jiménez.

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2016- 2017

FECHA DE ENTREGA: 2 de junio de 2017.



## **ÍNDICE:**

	<b>PAG</b>
0. Resumen .....	1
1. Introducción .....	3
2. Marco teórico .....	6
3. El género y acceso al consumo de droga.....	12
4. Perspectiva de género en el tratamiento de deshabituación de las drogas .....	21
5. Intervención social en el tratamiento de deshabituación con perspectiva de género.....	29
6. Conclusión .....	39
7. Referencias bibliográficas.....	44



## **RESUMEN:**

El consumo de drogas afecta a todos los ámbitos de la persona, convirtiéndose en un eje transversal de muchas otras problemáticas. Además, el género es un condicionante social que debe desaparecer en aquellos contextos donde tenga una función discriminatoria.

El objetivo de este trabajo es revisar la incidencia del género en el problema del consumo de drogas y el acceso al tratamiento. Para ello se han analizado las áreas de trabajo en drogodependencias atendiendo a la perspectiva de género.

El trabajo comienza con una breve introducción donde se exponen los objetivos, metodología seguida y la estructura del trabajo. El segundo apartado aborda, partiendo de algunos datos estadísticos diferenciales, la etiología del problema de género y drogas. El tercer y cuarto apartado tratan de la influencia del género en el consumo de drogas, el inicio, la motivación, las diferencias en el consumo, los factores que influyen en el tratamiento de deshabituación de drogas y las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres a la hora de recibir tratamiento.

El quinto apartado relata una intervención social con perspectiva de género para rehabilitar a las personas drogodependientes, en concreto con las mujeres.

Por último se expone la conclusión con las ideas más relevantes del trabajo.

**Palabras clave:** Adicción, drogas, diferencias de género, tratamiento de deshabituación, intervención social, mujeres, hombres, perspectiva de género.

## **ABSTRACT:**

Drug use affects all areas of the person, turning into a transversal axis of many other problems. Furthermore, gender is a social determinant that must disappear in those contexts where it has a discriminatory function.

The aim of the present work is to review the gender incidence regarding the issue of drug use and the access to treatment. To this end, different areas of work related to drug addiction have been analyzed from a gender perspective.

In the first place I will expose the objectives and the structure of this work followed by the methodology used. Secondly based on some inferential statistical data, I will analyze the etiology of gender and drug problem.

The following sections will focus on the influence of gender on drug use. Different aspects such as initiation, motivation, differences in consumption, factors influencing the treatment of drug withdrawal and the differences that exist between men and women when receiving treatment will be explained.

Finally, I will focus on social intervention to rehabilitate drug addicts from a gender perspective, specifically with women and conclude by briefly exposing the most important ideas of this work.

**Key Words:** Addiction, drugs, gender differences, deshabituación treatment, social intervention, women, men, gender perspective.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El tema de la adicción no ha cobrado la debida importancia hasta hace pocos años debido a que la asistencia en el campo de las adicciones ha sido dominada por el sexo masculino. Por tanto no es de extrañar que las mujeres drogodependientes hayan sido tratadas como casos atípicos, no solo por su menor presencia, sino porque en algunas ocasiones han sido ellas mismas las que han evitado acudir a los servicios de atención a drogodependientes a recibir tratamiento.

El objeto del trabajo es contemplar la perspectiva de género como problema en el consumo de drogas y el acceso en el tratamiento de deshabituación, proponiéndose una posible mejora.

La perspectiva de género afecta a todos los ámbitos sociales, convirtiéndose en un eje principal de otros problemas como las drogodependencias, la sexualidad, las relaciones de poder en las instituciones, la legislación etc.

En los últimos años la perspectiva de género ha tenido, dentro de la Unión Europea y en el campo del desarrollo social, una evolución favorable, pero insuficiente.

Por ello los objetivos específicos propuestos en el trabajo son:

- visibilizar las barreras de tipo cultural en la identidad de género, para saber cómo se construye el proceso de género en el sistema actual de la sociedad, incluyendo los estereotipos asociados al sexo femenino y masculino.
- Conocer los factores que han provocado cambios en la identidad de género, por qué se comportan los hombres y mujeres de manera diferente, si existen diferencias en la educación, en el mercado laboral, la familia, la escuela etc.
- Estudiar las consecuencias de género en el consumo de drogas, en concreto la reinserción social de la mujer y el hombre, después de recibir un tratamiento de deshabituación en drogas.
- Identificar las diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres, el inicio, motivo por el que consumen, tipo de sustancias que con mayor frecuencia suelen consumir, contexto donde consumen etc.

- Analizar la percepción social que tienen las mujeres sobre sí mismas y respecto a su problemática con las drogas.
- Identificar los obstáculos de las mujeres en el acceso al tratamiento, que pensamientos tienen en relación a los centros de atención a drogodependientes.
- Impulsar un tratamiento específico en las mujeres, definiendo los métodos y técnicas eficaces para iniciar un proceso de intervención particularmente con las mujeres.

La metodología del trabajo se basa en la consulta de distintas obras escritas por autores de referencia en el tema de drogas y perspectiva de género.

El trabajo se estructura en cuatro partes. En el apartado dos se expone el marco teórico que abarca el uso de drogas en las distintas épocas de la historia, desde la antigüedad hasta el siglo XX, donde la mujer ha tenido un papel menos visible en la sociedad.

Actualmente la mujer está más visibilizada en la sociedad, su papel de consumidora de drogas ha ido cambiando a lo largo de la historia. Se ha caracterizado por usar menos drogas que los hombres, pues estos consumen más drogas ilegales que las mujeres.

El concepto de género y drogas es crucial para atender la situación de las mujeres desde su propio contexto habitual, tratando las necesidades de manera específica, para ello, se requiere realizar un tratamiento específico a la demanda de las mujeres, analizando los factores psicológicos, psicopatológicos, genéticos y sociales por el que consumen drogas hombres y mujeres.

Se parte de la idea de que la adicción no es una cuestión de género, pero sí que existen diferencias y similitudes entre ambos sexos.

En el tercer apartado desarrolla la influencia del género en el inicio del consumo, factores que motivan a hombres y mujeres a iniciar el consumo de drogas, edad de inicio, el tipo de drogas que consumen, dependencia de la mujer (bidependencia), diferencias socio económicas, educación, salud, contexto donde consumen, el estigma asociado al consumo de drogas en hombres y mujeres.

El cuarto apartado trata las diferencias que existen en el tratamiento entre los hombres y las mujeres. Las mujeres tardan más en solicitar tratamiento que los hombres porque sienten rechazo a los centros de atención a drogodependientes.

Para iniciar un tratamiento adecuado a las necesidades de las mujeres se necesita conocer los rasgos de la personalidad, inicio del consumo, variables que influyen en el consumo, infancia, antecedentes de maltrato y si han recibido con anterioridad tratamiento en otros centros, si han sido mixtos o específicos para mujeres.

Además de obtener información de las variables que influyen en las mujeres consumidoras de drogas, se considera relevante conocer los factores que obstaculizan la integración social de las mujeres en la sociedad.

Por último, en el apartado cinco se propone una intervención social con mujeres en tratamiento de deshabitación de drogas, siendo la figura del trabajador social imprescindible para trabajar en el proceso de intervención.

La perspectiva de género debe estar presente en todo el proceso de rehabilitación terapéutica, estableciendo una relación continua y un proceso de intervención flexible y adaptada a la persona.

Finaliza el trabajo con una presentación de las conclusiones más relevantes.

Es un reto para los profesionales que trabajan en lo social conocer las peculiaridades de género en el acceso y atención a situaciones de drogodependencia, en concreto de las mujeres a nivel individual y colectivo para ofrecer nuevas respuestas adecuadas a las necesidades de la persona.

## **2. MARCO TEÓRICO**

Las personas a lo largo de la historia han buscado de multitud de formas entrar en estados modificados de la consciencia para así vivir nuevas experiencias. Esto que en tiempos remotos, seguramente desde la edad de piedra, se realizaba en el seno de la tribu con la sabia dirección del brujo o chamán con fines religiosos, modernamente busca experiencias sensoriales de tipo lúdico.

Los diferentes conceptos que se van a desarrollar a lo largo de este trabajo son de gran importancia para comprender esta investigación; el género es una variable determinante en el consumo de drogas y afecta a cada sexo de manera distinta, también se va a estudiar el inicio del consumo y el proceso terapéutico en los distintos sexos.

El estudio del uso de las drogas ha tenido distintos momentos en los que han variado los enfoques para abordarlo. Entre las perspectivas o modelos más utilizados están el jurídico, el médico sanitario y el sociocultural. Para entender el problema de las drogas en la sociedad actual se debe hacer hincapié en la influencia del contexto social y cultural, esto supone incluir la situación social, política, económica y la perspectiva de género sin dejar de tener en cuenta lo jurídico y sanitario, ya que son aspectos que también influyen en el género y uso de drogas.

Desde la antigüedad el uso y abuso de drogas en las mujeres se ha venido diferenciando del de los hombres. A pesar de los pocos datos existentes, podemos afirmar que a lo largo de la historia las mujeres han tenido un papel menos visible en la sociedad. (Romo, 2006, pp. 71).

Romo (2006) expone que “en Estados Unidos esta realidad ha sido estudiada de una manera más comprensiva” (p.71). En el siglo XIX la mayoría de usuarias consumidoras de drogas de Estados Unidos eran consumidoras de opiáceos como medicamentos para tratar las diversas dolencias asociada a la imagen de la mujer, pues se las veía inferiores y con menos capacidades para soportar los dolores. La principal causa de uso de medicamentos en aquella época fue por problemas ginecológicos y “neurastenia”

aquella condición crónica física y mental producida por el agotamiento del sistema nervioso.

En los años noventa en EEUU hay dos hechos que generan una fuerte alarma social con repercusiones en el resto del mundo. El daño fetal y la transmisión vertical del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) por madres usuarias de drogas llevaron a las mujeres a ser encarceladas. En el resto de países de Europa parece que no ha habido investigaciones específicas de las mujeres embarazadas. A pesar de los cambios de tendencia en los usos de drogas y de la poca importancia que estos consumos tienen entre las mujeres, ha traído consigo que este hecho se asocia a los roles y estereotipos de género y ayudan a la construcción de la imagen de la “mujer drogodependiente” estigmatizada y doblemente rechazada.

Actualmente el papel de la mujer en la sociedad va cambiando paulatinamente debido a las políticas que está promoviendo el estado, pero en muchas ocasiones sigue siendo el hombre el que predomina sobre la mujer, porque vivimos en sociedades patriarcales. Cuando se habla de una sociedad patriarcal se hace alusión a la forma de organización social en la que el varón ejercer la autoridad en todos los ámbitos, asegurándose la transmisión del poder y la herencia por línea masculina. Es un sistema de dominación masculina sobre las mujeres que ha ido adoptando distintas formas a lo largo de la historia creando una estructura de opresión sobre estas. El patriarcado es definido por Altell y Plaza (2005) como “un entramado de pactos que pone el control de la sociedad en manos masculinas” (p.102). Y entiende que “los hombres siempre han ocupado los puestos de control y de poder público”. (Harris, 1998, citado en Altell y Plaza, 2005, p. 102).

Por otro lado a diferencia del sistema patriarcal el abuso y uso de drogas si ha cambiado a lo largo de los años, en el siglo XIX las mujeres eran las que consumían opiáceos para los dolores, posteriormente se pasan a los tranquilizantes en 1950. En España el uso de drogas abundante se gesta en las primeras décadas del siglo XX, en la primera mitad las mujeres consumían cocaína. En los años setenta la droga principal fue la heroína y los usos lúdicos y recreativos, en las siguientes décadas el consumo principal fue la cocaína, drogas de síntesis y el cannabis, esta última ha aumentado considerablemente.

Actualmente las mujeres parecen caracterizarse por usar menos drogas que los varones, son los varones los que consumen más drogas ilegales. Cabe destacar que algunas drogas como el alcohol y el cannabis tienen una prevalencia de consumo que está aumentando de manera constante entre las mujeres, circunstancia que está relacionada con la normalización de su uso entre la población española. (Romo, 2006, pp. 74).

Para entender el consumo de drogas es necesario hablar de género. Hay que tener en cuenta que la definición de género varía. Altell y Plaza exponen en el 2005 que el género tiene presente tanto a los hombres como a las mujeres. El género hace referencia a las características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas de la mujer o del hombre que son determinadas socialmente. Son un conjunto de reglas y normas que se aprenden y son reforzadas o sancionadas dentro de la comunidad.

Romo (2006) entiende que el sexo hace referencia a aspectos biológicos mientras que el género alude a los aspectos psicológicos, sociales y culturales de una sociedad específica que se describen como “varón” y “mujer” (p. 70).

El tema de las drogas y género es clave entenderlo, pues son dos factores relacionados que requieren de su total conocimiento para poder abordar la situación del problema de la drogadicción. La importancia de aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre los usos de drogas es crucial para entender y atender la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias que crean un problema adictivo y de dependencia en parte de la sociedad.

El mayor problema reside en la sociedad occidental actual, cuando se da el mismo tratamiento terapéutico a hombres y mujeres, esto conlleva que surjan multitud de dificultades en la mujer y más en el ámbito de la drogadicción, ya que éste repercute en los demás aspectos de su vida cotidiana. A su vez trae consigo la diferente percepción social que los drogodependientes tienen frente al problema del uso o abuso de las drogas y la actitud y metodología de los profesionales para afrontar esta realidad social abundante.

Así podemos decir que habría que utilizar un modelo más holístico para poder abordar a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta su infancia, adolescencia, salud, sexo, situación económica, entorno social, familiar etc. Para poder abordar la problemática de

las drogas es necesario conocer bien las condiciones sociales, familiares, médicas y biológicas para poder diseñar los programas de prevención diferenciados según el sexo. El ámbito familiar es determinante para la persona que tiene un abuso o dependencia hacia alguna sustancia, esto va a permitir entender las causas que conducen a las drogas.

También hay que hacer alusión a los factores psicológicos, genéticos y sobre todo sociales que provocan que los hombres y mujeres inicien el consumo por diversas razones y que a la larga sea la mujer la que no encuentre un tratamiento específico para sus problemas con las drogas que trae consigo problemas psicológicos, de salud, etc. Esto se llamaría factor de comorbilidad<sup>1</sup> como la depresión o ansiedad. Según Pozo (2005) considera que “los mecanismos de neurotransmisión nerviosa y la neuromodulación en general, operan de diferente modo entre los hombres y las mujeres” (p.124).

Las diferencias de género es un fenómeno social que se lleva dando durante décadas, al igual que el abuso de las drogas, es cierto que cada vez se va dando con más intensidad. Por ello es relevante estudiar lo que está ocurriendo y qué tratamientos hay que utilizar para tratar esta problemática. Hay que contemplar las diferencias de cultura, etnia o raza ya que la conducta de protección en las mujeres de subgrupos y de la utilización de drogas son pocos conocidos. Esta carencia está comenzando a provocar dificultades tanto en los programas de tratamiento como en los de tipo preventivo.

Hay múltiples factores que deben ser estudiados para poder llegar a establecer programas específicos de tratamiento para hombres y mujeres. Algunos de ellos son: el estrés, la autoestima, los factores de socialización y del entorno, las hormonas reproductivas y el embarazo en mujeres, el VIH, la tecnología, la familia y la infancia. Para poder abordar esta situación actual y mejorarla debemos de plantear si dichos tratamientos debiesen ser diferentes en función del género incluyendo técnicas de intervención específicas, siendo nuestro punto de partida la cuestión de si son efectivos los tratamientos.

---

<sup>1</sup> Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas. RAE.

(Elman, Karlsgotdt y Gastfriend, 2001, citado en del Pozo, 2005,) afirma que:

El acceso de la mujer a los servicios de ayuda es una cuestión primordial que se debe estudiar para su mejora, teniendo en cuenta su tendencia infrutilizadora en temas de abuso de drogas respecto al hombre; ¿qué factores facilitan el acceso al tratamiento en la mujer?, ¿Qué beneficios debe ofrecer un programa para ella o su familia mientras está en tratamiento?, ¿Cuáles son los caminos que llevan a la mujer a entrar en un tratamiento de abuso de drogas?, ¿Son eficaces los envíos judiciales a tratamiento en la mujer?,. Estas cuestiones y otras pueden ser un buen punto de partida para la mejora de la calidad de los programas y servicios dirigidos a la mujer. (p.231).

Con todo lo expuesto anteriormente se puede decir que en principio, la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de ser adictos, pero sí que existen diferencias y similitudes entre ambos. A partir de las diferencias se puede crear un programa terapéutico específico para las mujeres.

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

Además la integración social de las adictas es más difícil que la de los hombres. Blanco, Sirvent y Palacios (2005) exponen varios motivos: “está peor visto” la adicción en la mujer, generalmente se trata de mujeres con una menor capacidad de autonomía (bidependencia), la mujer dispone de menor formación cultural y no tiene una profesión definida lo que da lugar a que tengan únicamente acceso a trabajos de escasa remuneración o incluso carecen de ellos por tener que cuidar de los hijos/as.

Tras varias investigaciones se ha concluido que se requiere desarrollar un programa específico femenino. Para Blanco, Sirvent y Palacios (2005) es importante trabajar con la mujer la autoestima, el estilo de las relaciones más emocional consigo misma sin la

presión que crea trabajar en grupo, la autonomía y la bidependencia. Con todo ello el tratamiento sería más eficaz, puesto que, la mujer puede expresarse con mayor desinhibición y espontaneidad confiando en el profesional que ha establecido con él una relación de confianza.

Las indicaciones principales para un tratamiento específico, según Blanco, Sirvent y Palacios (2005) son contemplar los “antecedentes de maltrato androfobia o misandria reactiva, antecedentes de fracasos reiterados en centros mixtos, mujeres con depresión, soledad y baja autoestima y dependencia relacional (bidependencia)”.

### **3. EL GÉNERO Y ACCESO AL CONSUMO DE DROGAS.**

La escasez de estudios que analizan la relación entre el género y la adicción han contribuido a definir un sesgo en el diseño y aproximación a las toxicomanías. La especificidad de la adicción entre las mujeres no es tenida en cuenta en ninguno de los enfoques del fenómeno adictivo. De aquí que existan problemas en el tratamiento terapéutico con las mujeres. Lo habitual ha sido estudiar las poblaciones mixtas en las que predominan los hombres. Si se analizan los datos de las últimas memorias del Plan Nacional de Drogas<sup>2</sup> y del Observatorio Europeo de la Droga<sup>3</sup>, el resultado es la difusión de un perfil del adicto que se corresponde con el sexo masculino.

Para entender el consumo de drogas en la población en general es conveniente mencionar la evolución del consumo de drogas. Desde los inicios del Plan Nacional sobre Drogas, a mediados de los ochenta, el perfil de las personas que consumían drogas en España fue experimentando cambios notables. En aquella época hasta principios de los años noventa, la sustancia que más alarma social causó fue la heroína. A todo ello hay que añadir el padecimiento de patologías infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de esta droga, como el VIH y el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirido). Esta enfermedad trajo en los años 80, entre 1981 y 2005, 48.565 fallecimientos. Si bien en la década de los noventa se empieza a consumir cannabis y cocaína simultáneamente. Así se empieza a conformar el “consumo recreativo” de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA (3,4 metilendioximetanfetamina, usualmente conocido como éxtasis perteneciente a la familia de las anfetaminas sustituidas). Se entiende que en esta época los consumos estén asociados a los espacios de ocio, de forma que se incorpora a los estilos de vida de sectores de población, sobre todo los adolescentes, que lo practican en un marco de “normalización” muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior.

Según el informe del Observatorio Europeo de la Droga en 2016 estiman que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, más de 88 millones de

---

<sup>2</sup> El PND es un diseño para establecer, ejecutar y evaluar las políticas de adicciones, se desarrollan desde las administraciones públicas y entidades sociales en España.

<sup>3</sup> El Observatorio español sobre drogas rige las líneas de actuación e informa de la prevalencia de consumos en todo el territorio español.

personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. Según los informes, el consumo de drogas es más habitual en hombres (54,3 millones) que en mujeres (34,8 millones).

La droga más consumida es el cannabis (51,5 millones de hombres y 32,4 millones de mujeres) seguido por la cocaína, la MDMA (9,1 millones de hombres y 3,9 de mujeres) y las anfetaminas (8,3 millones de hombres y 3,8 millones de mujeres). Los niveles de consumo de cannabis a lo largo de la vida difieren entre los países, oscilando entre cuatro de cada 10 adultos en Francia y un tercio de adultos en Dinamarca e Italia.

El consumo de drogas registrado en 2015 constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los jóvenes (de 15 a 34 años). Aproximadamente 17,8 millones de adultos jóvenes consumieron drogas el año pasado, en una proporción de 2 a 1 de hombres con respecto a mujeres. (Boletín de Información de adicciones).

Una revisión de estudios e informes nos permite señalar algunas diferencias entre hombres y mujeres con relación al consumo de drogas:

- En España se ha llevado a cabo una encuesta general de población sobre consumo de drogas entre personas de 15 a 64 años con periodicidad bienal desde 1995 denominada “EDADES” (encuesta bienal del Plan Nacional de Drogas). La última encuesta realizada en 2014, concluyó que el uso de todas las sustancias ilícitas sigue siendo más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, también se destacó que la droga ilícita más comúnmente consumida era el cannabis, 29,1% aumentando en los jóvenes. Las tasas de prevalencia de la vida de otras drogas ilícitas fueron 3,5% para la cocaína, 1,4% para las anfetaminas, 1,2% para el éxtasis y 1,0% para la heroína. (European Drug Report 2016).
  
- En 2013, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%). Estas últimas (cannabis y cocaína) se dan más en jóvenes. (Informe del Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2016).

- La edad de inicio en el consumo se mantiene estable, el inicio más precoz es para las bebidas alcohólicas (17 años), seguidas del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (35 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años. (Informe del Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2016).
  
- Las diferencias según sexo, en 2013, se mantienen. Los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales. (Informe del Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2016).
  
- Con relación al consumo de sustancias: (Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2016).
  - **Alcohol:** el 78% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. Se estima que 1.600.000 personas de 15 a 64 años (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) tienen un consumo de alcohol de riesgo. El 15,5% ha consumido alcohol en forma de atracón (binge drinking) en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se concentra en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años. La prevalencia de bebedoras abusivas invierte la relación, pasando a ser las chicas entre 1 punto y 2 más bebedoras abusivas que los chicos
  - **Tabaco:** el 73% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco alguna vez. Las mujeres fuman en la población en general menos que los hombres, sin embargo en edades de 14 a 18 años esta diferencia se ha invertido a favor de la mujer.
  - **Hipnosedantes:** El 22% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez. Se observa una tendencia creciente, en el

consumo de hipnosedantes, desde 2005. El porcentaje de mujeres que consumen este tipo de sustancias casi duplica el de hombres. El 16% de las mujeres frente a un 8,5% de los hombres. La edad de inicio se sitúa en los 35 años.

- **Cannabis:** El 30% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en su vida 2 de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años consumieron cannabis en el último año (27,2% de los chicos y 14,5% de las chicas). El consumo problemático/de riesgo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad analizado. La edad media de inicio del consumo se sitúa en 19 años.
- **Cocaína:** El 10% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez. Los hombres y los más jóvenes presentan una prevalencia mayor. Atendiendo al consumo en los últimos 12 meses son los hombres de 25 a 34 años (6%) y en las mujeres de 15 a 24 años (2%). Se considera, en 2013, que 92.406 personas de 15 a 64 años tienen un consumo problemático de riesgo de cocaína, este patrón de consumo se concreta en los hombres jóvenes. La edad media de inicio de consumo se sitúa en 21 años.
- **Heroína:** El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa. La edad media de inicio es de 21 años. En 2013 el número de consumidores problemáticos de heroína se sitúa en 65.648 personas de 15 a 64 años, supone un 0,2% de la población en este rango de edad.
- **Anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína:** En 2013 el 4% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez anfetaminas, cifra similar para el éxtasis y los alucinógenos. La edad de inicio en torno a 21 años.
- **Nuevas sustancias psicoactivas:** En 2013, 3 de cada 4 personas de 15 a 64 años no han oído hablar de las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos,

etc.). El 3% (15-64 años) las ha probado alguna vez. El consumo está más extendido entre los varones. La mayoría de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo una vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana.

- El policonsumo: 1 de cada 3 dice haber consumido 2 sustancias y casi 1 de cada 10 ha tomado tres. La mezcla de 4 sustancias se da aproximadamente en un 2% y algo menos del 1% consume cinco o más drogas. El alcohol está presente al menos en el 95% de los policonsumos y el cannabis en cerca del 60%. El policonsumo es más prevalente en hombres que en mujeres. (Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2016).
- El riesgo percibido: según las encuestas previas, la percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como la heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos. En 2013 se observa un leve descenso de la percepción de riesgo en prácticamente todas las sustancias. Persiste la consideración de que el tabaco es más peligroso que el cannabis.

A partir de los datos expuestos se puede mencionar que el diseño de los programas de prevención y también de intervenciones terapéuticas no tiene en cuenta las características de la mujer drogodependiente, con lo que la eficacia de estas intervenciones queda muy limitada al no contemplar los aspectos diferenciales de género. Estas circunstancias fueron señaladas por el Informe de NIDA de 1994: "Women and drug abuse".

En los últimos años se están dando nuevos patrones de consumo para ciertas sustancias como el consumo de tabaco y el riesgo de bebidas alcohólicas e intoxicaciones etílicas, en los que la prevalencia del consumo en mujeres de determinados grupos de edad está aumentando, disminuyendo las diferencias de prevalencia de consumo entre hombres y mujeres e incluso invirtiendo la relación en algunos grupos de edad. El cambio de papeles se ha dado sustancialmente con las

drogas legales, pero siguen siendo los hombres los que más drogas ilegales consumen. (Ortiz y Clavero, 2014, pp. 123).

García del Castillo (2005) expone que “hay que ser conscientes de las diferencias que marca el inicio al consumo en el género femenino en comparación con el masculino”. La mujer juega un rol diferente que el hombre, en variables como, los estudios, trabajo doméstico o la economía familiar. Por ello esta es más dependiente económicamente del marido, convirtiéndola en más vulnerable. Al igual que la edad de inicio de consumir es mucho más temprana en las mujeres que en los hombres, esto puede ser debido a que los chicos en el grupo de referencia suelen ser algo mayores en edad que las chicas (pp. 8).

Con todo ello procede analizar las variables que determinan el inicio del consumo así como la vulnerabilidad de las mujeres frente a los hombres. En primer lugar la variable sociolaboral donde la mayoría de las mujeres presentan precariedad en su situación económica, esto puede ser por dos motivos; el nivel educativo ya que la mayoría no tienen una cualificación académica superior y por la obligación impuesta socialmente del cuidado del hogar y de los hijos / as. Mientras que los hombres tienen trabajos más estables y con mejor remuneración, a pesar de presentar ambos sexos bajos niveles educativos. En lo referente al estado civil es un rasgo común a ambos la ruptura de pareja (separación o divorcio), siendo más acusado en las mujeres, pues presentan una inestabilidad emocional mayor. Según Ortiz y Clavero (2014) afirmaron que “las mujeres identifican los factores afectivos como causa del inicio de consumo y adicción a estas sustancias” (p.131). En el caso de los hombres el inicio del consumo está asociado a la personalidad (inseguridad, timidez o incapacidad para la relación social) y a los factores de contexto.

Estas diferencias apuntan hacia la reproducción de variables distintas en el sexo femenino y masculino. Las mujeres se centran en el ámbito privado, donde las relaciones afectivas y la familia son el factor más importante, sin embargo los hombres actúan en el ámbito público donde priman las relaciones productivas y sociales. Del Pozo (2005) refiere que “hay diferencias en la forma de adicción, de modo que los hombres tienden a engancharse con juegos que implican estrategia o competición con

otros, mientras que la mujer se decanta por juegos solitarios y que no implican relaciones personales” (p.120).

Los aspectos que marcan una diferencia de perfiles son fundamentalmente de carácter circunstancial; la precariedad económica, la situación familiar, concretamente la tenencia de hijos, el estado emocional donde las mujeres presentan traumas (violencia doméstica, divorcio, exceso de responsabilidades) mientras que en los hombres predomina más los factores sociales como las relaciones o la curiosidad.

Una vez que se tiene en cuenta las variables que condicionan a los hombres y mujeres, cabe diferenciar el estilo de consumo que esta interrelacionado con el imaginario institucional de lo público y lo privado. En el caso de las mujeres el inicio del consumo se produce en compañía, esto es debido a que las mujeres se caracterizan por ser muy dependientes de “algo y alguien” lo que da lugar a la bidependencia teniendo la necesidad de sentirse “apoyadas” o “queridas” por otros, la causa puede ser porque nunca se hayan sentido apoyadas y queridas en su ámbito familiar (escasez de relaciones formales y productivas en su ámbito familiar). Posteriormente la adicción se desarrolla en la intimidad del hogar, cumpliendo el “rol de mujer” impuesto por la sociedad en la que debe de asumir tareas de cuidadora, unido a la estigmatización de la mujer consumidora. Estos aspectos marcan una diferencia con el hombre en la forma del consumo.

La asociación entre consumo – adicción – responsabilidades del hogar y prostitución son algunos de los factores de estigmatización de la mujer, a su vez se relaciona la mujer consumidora con la imagen social de la mujer madre. De aquí que la mujer drogodependiente esté vinculada hasta un 60% de los casos a la prostitución como medio de financiación de la toxicomanía, según del Pozo (2005).

El estigma asociado a las mujeres con un comportamiento adictivo es distinto al estigma que se asocia a los hombres, probablemente ahí está la cuestión.

La mujer drogodependiente se caracteriza por diversos factores que impulsan la adicción, según (Cruz y Herrera, 2002, citado en, García del Castillo, 2005) enumeran diversos elementos influyentes en la mujer drogodependiente, estos son:

- Consumo de drogas apoyado en una falsa sociabilidad, que se materializa en el poder soportar a los hijos, al marido, perder peso, afrontar un problema, relajarse, combatir el aburrimiento, la frustración etc.
- Relaciones sexuales insatisfactorias
- Familias desestructuradas
- Terrorismo conyugal
- Estrecheces económicas

En el trabajo Rekalde y Vilches (2004, citado en, García del Castillo, 2005) concluyeron que “la mujer se percibe a sí misma mucho más vulnerable que los hombres en situaciones de consumo de sustancias y con un miedo intrínseco a ser etiquetadas como <<fáciles>>.”

Si la propia mujer se considera a sí misma más vulnerable que los hombres ¿de dónde debemos partir para realizar una intervención terapéutica óptima a lo largo del tiempo? De sus capacidades y fortalezas que como ser humano tienen. Hay que realizar talleres y actividades concretas para mejorar las habilidades emocionales y sociales.

La mujer al iniciarse antes en el consumo que los hombres, tiene más riesgo de sufrir violencia psicológica y física y de tener una autoestima baja, esto determina el inicio del consumo inducido por su pareja. También se añade a la baja autoestima el factor de comorbilidad en concreto en la ansiedad y depresión que suelen acompañar al abuso de drogas de las mujeres. La forma de manifestar emociones y sentimientos en las mujeres es diferente a los hombres, pues estos se muestran más disciplinados y asumen mejor las pautas y medidas funcionales, mientras que las mujeres drogodependientes necesitan que le expliquen y argumenten más las cosas.

Existen diferencias psicológicas y psicopatológicas entre los hombres y las mujeres, en primer lugar las mujeres presentan una bidependencia (dependencia relacional), en la cual la mujer dependiente es a la vez dominante y en lugar de disolver la personalidad en la del otro la fagocita creando una atmósfera asfixiante y aunque la mujer con dependencia relacional se libere o rompa una relación, fácilmente reproducirá los mismos patrones de interrelación con la siguiente pareja. En cambio en los hombres es

más frecuente que padezcan trastornos de la personalidad y psicosis (esquizofrénica y paranoide) y en las mujeres según refiere Blanco, Sirvent y Palacios (2005) presentan “un mayor índice de trastornos asociados al estado de ánimo (especialmente depresivos) de ansiedad y adaptativos” (p.87).

En el consumo de medicamentos no recetados, según la última encuesta europea en España, 2014, publicado en el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, se observa que los varones con un 11,91 / 100 se automedican más que las mujeres 11,35/ 100.

En los episodios de urgencia hospitalaria relacionado directamente con el consumo de psicoactivos, en 2013, 4223 hombres y 1492 mujeres. (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). Las personas fallecidas por el consumo de sustancias psicoactivas, en 2013, sigue siendo mayor en los varones con 333 muertes y las mujeres con 70 muertes.

La prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días de 2013 según el sexo, se caracteriza predominantemente por el sexo masculino, estos consumen más tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína (polvo y/o base), heroína, inhalables o volátiles. Mientras que las mujeres consumen más, tranquilizantes, somníferos e hipnosedantes. Esto es debido a la baja autoestima y escasez de habilidades emocionales de las mujeres que consumen predominantemente estas sustancias, también el rol subordinado de mantener a la familia y los hijos y el trabajo fuera de casa. Otra condición que influye en los consumos de la mujer, pero desde una perspectiva social opuesta, es el objetivo que tiene la mujer de mantener una hipercompetitividad laboral cercana a modelos masculinos, con todo esto la lleva a consumir alcohol y psicofármacos para evadirse de la realidad. Sin embargo los hombres consumen ciertas sustancias por curiosidad y deseo de experimentar la identificación grupal. (Del Pozo, 2005).

A esto se le añade la percepción social que tienen las mujeres sobre sí mismas es diferente según el tipo de droga. Para García (2005) la diferencia de género en las drogas es compleja, se relaciona con el ciclo vital, grupo social, nivel educacional y la localización geográfica.

#### **4. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN DE LAS DROGAS.**

Según Blanco, Sirvent y Palacios (2005), las mujeres drogodependientes tardan en solicitar tratamiento una media de seis años, mientras que los hombres solicitan tratamiento en una media de cuatro años. Lo que significa que las mujeres tardan más en solicitar tratamiento terapéutico.

El Informe Mundial sobre las drogas (2016) expone que 29 millones de personas padecen trastornos relacionados con las drogas pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento.

Los hombres y las mujeres tienen diferentes rasgos de personalidad, en la mujer se destacan estos, Blanco, Sirvent y Palacios (2005).

- Las mujeres minusvaloran sus capacidades, por lo que es relevante trabajar con la autoestima desde el inicio de tratamiento.
- Las mujeres se relacionan más por las emociones buscando la atracción individual del hombre mientras que los hombres buscan el afianzamiento dentro del grupo.
- Las mujeres tienen mayores trastornos relacionados con las emociones, como por ejemplo el trastorno depresivo.
- Las mujeres tienen menos capacidad de autonomía, lo que llamamos, bidependencia<sup>4</sup> y de iniciativa a la hora de tomar decisiones.

Las rasgos de personalidad provocan que el índice de mujeres que recibe tratamiento sea inferior al de los hombres, en tanto que el fracaso terapéutico es superior en la mujer (sin embargo este porcentaje se invierte en el programa específico), Blanco, Sirvent y Palacios (2005). Hay estudios que revelan que las mujeres drogodependientes tienen mayores éxitos en los tratamientos específicos a sus necesidades, sin que intervengan los hombres en su proceso rehabilitador.

---

<sup>4 4</sup> Es un fenómeno típico de la mujer drogodependiente que aparece en más de 70% de casos, teniendo dependencia siempre de alguien unido a la de sustancias.

Los pacientes pueden recibir tratamiento en diferentes lugares y con una variedad de enfoques. Los tipos de tratamiento que se suelen dar son internos y ambulatorios. El tratamiento interno o residencial utiliza una variedad de enfoques terapéuticos con los pacientes, suelen ir dirigidos a los individuos que tienen problemas más graves con las drogas (incluyendo trastornos adicionales), ofrecen un cuidado estructurado e intenso las 24 horas del día, el que incluye alojamiento seguro y atención médica.

Los tratamientos ambulatorios se caracterizan por ofrecer una gran variedad de programas que incluyen terapias grupales e individuales. Los pacientes acuden al centro para recibir terapias, medicación e información socio – laboral.

Al iniciar el tratamiento, mujeres y hombres comparten motivaciones comunes (problemas de salud, dificultades económicas y laborales, de malestar consigo mismas...), sin embargo, lo relacional adquiere mayor relevancia para las mujeres, así su motivación para el inicio de un tratamiento está asociado al deseo de mejorar sus vínculos de ser mejor madre, mejor esposa, mejor hija, es decir, cuidar mejor a los otros. Mientras que los hombres la motivación relacional suele estar centrada en el deseo de no perder un apoyo social.

Cuando se realiza un tratamiento de deshabituación de drogas con mujeres se tienen que tener en consideración los rasgos de la personalidad, inicio de consumo, variables que influyen en el consumo, infancia, antecedentes de maltrato o de fracasos reiterados en centros mixtos. También es importante observar si la mujer presenta varios trastornos emocionales como pueden ser (depresión, soledad y baja autoestima) unido con la bidependencia.

En general las mujeres tienen un perfil que responde al de persona con dificultad para expresar sus emociones íntimas, especialmente ante personas del otro sexo, o a quienes la simple presencia de hombres les hace comportarse antinaturalmente. (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005, pp. 95). Por ello, en las adicciones de las mujeres se tiene que abordar lo psicoafectivo y lo relacional (bidependencia) mediante una mayor comprensión e individualización del tratamiento.

Las dificultades que encuentran las mujeres para recuperarse de la dependencia reside en dos tipos de factores. Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez, Tubert (2007) exponen dos:

- Aquellos que están relacionados con el programa de tratamiento
- Los que tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias.

Algunos autores han identificado diversos factores que contribuyen a obstaculizar la integración social de las personas que inician un tratamiento de deshabituación de drogas. Los principales son: empobrecimiento de las redes sociales, exclusión y aislamiento, expectativas negativas sobre la reintegración, estrés asociado a la abstinencia, estigmatización, presión de usuarios, falta de redes de apoyo formales, escaso involucramiento de la familia, conflictos familiares y de pareja, dependencia económica, falta de alternativas para el tiempo libre y pérdida de habilidades sociales y cognitivas. (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015, pp. 50).

La dificultad para lograr un tratamiento específico se encuentra en el desarrollo de programas de rehabilitación en el consumo de drogas, porque se han concentrado en atender la demanda de una población mayoritariamente de hombres, debido a la desproporción que existe entre los sexos de los solicitantes de estos servicios.

Reed (1987) planteó que las principales razones de que los programas de tratamiento de drogas estén orientados hacia los hombres se deben a una serie de circunstancias:

- Al inicio, la investigación sobre adicciones se centró en las sustancias, y muy posteriormente se ha tenido en cuenta las características de las personas consumidoras (etnicidad, edad, sexo, orientación sexual etc.), si bien se ha tomado como referente a los varones blancos.
- Las personas planificadores y gestoras de servicios desconocen las necesidades de las mujeres.
- Las mujeres han sido ignoradas en la mayoría de los estudios sobre tratamiento o no se han considerado cuestiones que son relevantes para ellas. Este hecho ha dado lugar a que sean desconocidas sus necesidades y las circunstancias del

consumo de drogas. Por lo que los instrumentos de evaluación y de investigación no han incorporado la perspectiva de género.

- En general, los consumos de drogas en las mujeres han generado menos alarma social que cuando son hombres, ya que las conductas violentas (delincuencia, crímenes etc.) se asocian en mayor medida a los hombres.
- En las mujeres el abuso de psicofármacos no suele ser considerado como un problema importante, puesto que se consume en el contexto de lo privado.
- El conocimiento sobre las reacciones químicas de las drogas en las mujeres es más limitado que sobre los hombres, ya que el sujeto experimental suele ser hombre.

Esto conlleva que se desarrollen programas menos adecuados a las necesidades de las usuarias lo que da lugar a que tengan un menor éxito en rehabilitarse. (Rodríguez, Córdova, Fernández, 2015, pp. 50).

Sí es cierto, que hay muy poca investigación que apoye la utilización de determinadas técnicas de intervención para el tratamiento de la mujer drogodependiente, por ello se necesita diseñar tratamientos psicosociales específicos para mujeres con el fin de trabajar la autoestima y factores de socialización y del entorno.

Las mujeres en los centros de tratamiento de deshabitación de drogas se suelen manifestar con una mayor preocupación por la pérdida de las redes sociales derivadas de su proceso rehabilitador, así como una inquietud por retomar su rol materno. También se perciben con un mayor deterioro cognitivo y con menos habilidades sociales para restablecer nuevas redes o para incorporarse al mercado laboral. A todo ello le añaden la gran preocupación de ser objeto de estigma, lo que a su vez contribuye a acrecentar el círculo de aislamiento y exclusión. (Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015, pp. 50-51).

Según refieren Rodríguez, Córdova y Fernández (2015) “las mujeres se perciben con menos recursos y con mayores dificultades que los hombres para incorporarse satisfactoriamente al mundo exterior una vez que han salido de la unidad de internamiento” (pp. 52). Las mujeres presentan una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad que los hombres, ya que en estos suelen ser más frecuentes los trastornos de personalidad y la psicosis (esquizofrenia y paranoide) siendo mucho

menos frecuente el trastorno del estado de ánimo. (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005, pp.87).

Las circunstancias de acceso a un tratamiento resulta menos favorable para las mujeres usuarias (Velázquez y Gracia, 2012; Ramón y Arellanez, 2008, citado en, Rodríguez, Córdova y Fernández, 2015) debido al proceso de reinserción social, provocando un doble problema para las mujeres, pues estas no encuentran un espacio adecuado y específico a sus necesidades y a la vez no encuentran un espacio en la comunidad.

Antes de adentrarse en tratamientos específicos para mujeres hay que cuestionarse cuál es el punto de partida para mejorar la calidad de los programas y servicios dirigidos a las mujeres. También hay que responder a preguntas que se refieren a la efectividad de tratamientos y a la relación con el coste: ¿Qué programas son más costosos – efectivos? Así como al coste de la falta de tratamiento en términos de impacto en la salud física y mental, servicios de protección y efectos sobre la familia.

Por otro lado existen necesidades específicas de atención como las que precisan las embarazadas drogodependientes y la identificación de mujeres con conductas sexuales de riesgo con una alta probabilidad de infección por el VIH. Estas dos líneas son interesantes tener en cuenta a la hora de establecer un tratamiento específico para las mujeres. (Del Pozo, 2005, pp.130-131).

Los obstáculos para reinsertarse en la sociedad reafirman la necesidad de mantener un seguimiento y acompañamiento de los pacientes drogodependientes, en especial en las mujeres, una vez que les dan el alta de tratamiento. Puede ser de dos tipos, alta temporal o alta definitiva.

Teniendo en consideración la importancia y necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género, accesible y adecuada, se tiene que poner énfasis en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial. Porque hemos podido ver a lo largo de todo el desarrollo metodológico que las mujeres precisan de aspectos diferenciales en la personalidad, el inicio del

consumo, motivos por el que consumen y trastornos adicionales (patología dual)<sup>5</sup> que los hombres.

Rial, Torrado, Braña y Varela (2010) constataron que la percepción que tienen los pacientes en la eficacia del tratamiento, la duración de éste, el seguimiento que se realiza desde el centro o el grado de autocumplimiento del mismo, constituyen de manera conjunta un antecedente clave en la adherencia al tratamiento (pp. 579).

En el último decenio el tratamiento relacionado con el consumo de cannabis ha ido en aumento en muchas regiones, sobre todo en personas jóvenes, siendo casi la mitad del total de quienes reciben tratamiento. El 95% de admisiones a tratamiento. (Informe del Observatorio Español de drogas y toxicomanías, 2016).

En general los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. (Informe Mundial sobre drogas, 2016).

Desde 2014 hay un nivel bajo de admisiones por heroína y cocaína, el cannabis se estabiliza. En total hubo 48.926 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo el alcohol y el tabaco). El número total de admisiones (incluyendo todo tipo de drogas) es 76.584 personas. (Informe del Observatorio Español de drogas y toxicomanías, 2016).

Las características demográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo, se presentan en la tabla siguiente.

---

<sup>5</sup> Es la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental. Roncero, Astudillo, López, Pérez, Barral Villamor, & Bolotner (2016).

**Tabla 1: Admitidos a tratamiento de rehabilitación en drogas según el sexo.**

<b>Admitidos a Tratamiento</b>		
	Absoluto	Relativo
Hombres	41.044	83,9%
Mujeres	7.718	15,8%
N.C	164	0,3%
Total	48.926	100%

Fuente: Elaboración propia, referencia del Observatorio Español de drogas y toxicomanías.

En cuanto a las características demográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, el 55,7 del total, cabe destacar que hay más mujeres que hombres tratados por primera vez por la droga principal por la que acuden al centro. Un 60,9 % de los tratados por primera vez son mujeres, frente a un 39,1 % de hombres.

Un 79,4% de las mujeres consumen todos los días antes de iniciar tratamiento por la droga principal, mientras que los hombres un 79,9%.

Los hombres y mujeres generalmente acuden por iniciativa propia a recibir tratamiento. En segundo plano, las mujeres acuden a recibir tratamiento derivadas por los médicos generales de atención primaria, mientras que los hombres acuden por familiares o amigos, de nuevo se vuelve a apreciar la influencia del entorno social en los hombres. (Informe del Observatorio Español de drogas y toxicomanías, 2016).

Además ambos sexos antes de iniciar tratamiento viven con sus padres o familia de origen en pisos o apartamentos, hecho que influye en la decisión de iniciar tratamiento. También las mujeres tienen una prevalencia mayor en VIH y los hombres en Hepatitis C.

Las mujeres tienen mayor educación que los hombres, pues un 6,1% ha llegado a la universidad, mientras que los hombres solo un 3,6%. La situación laboral es favorable para los hombres, un 27,4% trabajan, frente a un 22,3% de mujeres.

Hay que englobar todas las dimensiones que pueden afectar a la vida de la mujer, por ello es relevante, destacar los rasgos socioculturales, las diferencias psicológicas y psicopatológicas entre hombres y mujeres (bidependencia, comorbilidad psiquiátrica...), dependencias de relaciones tóxicas, que en muchas ocasiones son la causa principal de inicio del consumo, edad, situación económica, incentivo que lleva a cabo la acción de ingerir sustancias, situación familiar, infancia, salud, motivo por el que inicia tratamiento, proceso de tratamiento incluyendo las recaídas.

Todas estas variables son importantes tenerlas presentes para abordar la problemática de manera eficaz, influyen en la motivación de los individuos drogodependientes. Su manejo con ellas permite elaborar un buen diagnóstico y un mejor proceso de tratamiento rehabilitador. Para ello se requiere desarrollar un seguimiento y evaluación continuo y adecuado para la persona, con el fin de que esta se sienta cómoda en el proceso de deshabitación y consiga la plena inclusión en la comunidad.

## **5. INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

La intervención social permite trabajar sobre problemáticas específicas, para ello se requiere promover acciones sistemáticas sobre la realidad desde capacidades teóricas, técnicas y profesionales, con el objetivo de transformar el estado de las cosas que son vistas como problemáticas. En este caso se va a desarrollar las pautas específicas para una intervención social con mujeres drogodependientes donde sean ellas las protagonistas activas del proceso de intervención.

El trabajo diario de los equipos profesionales que atienden a las mujeres se encuentra en una realidad muy alejada de los objetivos deseables planteados hasta ahora. Hablamos de mujeres policonsumidoras, con largas historias de consumo, en algunos casos con situaciones de deterioro social (prostitución, aislamiento, indigencia...) que, a menudo, están en programas de mantenimiento con metadona, pero que apenas llegan a citas con profesionales sanitarios o sociales y con psicólogos.

También hay mujeres que padecen un problema psiquiátrico además de la adicción. Estas mujeres tienen dificultades añadidas no sólo por su deterioro, sino por cómo se ven así mismas en relación al tratamiento, no perciben que les pueda servir de ayuda, sienten vergüenza de su falta de cumplimiento, no se creen capaces de realizar cambios significativos y probablemente no perciben los centros de atención como un lugar que responda a sus necesidades. También los profesionales, ante estas mujeres, pueden sentirse impotentes y sobrecargados, no ante el consumo sino frente a la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Para abordar esta realidad, es imprescindible seguir la metodología de trabajo basada en la perspectiva de género por parte de los profesionales, manteniendo un elemento que se considere básico: el establecimiento de una relación confiable. Teniendo presente en todo el proceso la flexibilidad en los objetivos y las respuestas asistenciales.

Es un reto para los profesionales realizar encuestas a las mujeres drogodependientes, tanto a nivel individual como colectivo, para poder ofrecer nuevas respuestas o servicios pensados por y para ellas.

Es preciso seguir investigando diferentes alternativas para las mujeres con su participación, un ejemplo claro son las experiencias novedosas que se han dado en el contexto europeo, que aparecen reflejadas en la monografía de Naciones Unidas de 2005. Una de ellas se desarrolla en Ginebra (Suiza) en el contexto de un centro de acogida mixto, ofrece un horario de reunión dedicado expresamente a las usuarias del servicio, durante dos horas, un día a la semana. No se trata de un grupo terapéutico sino de un espacio para abordar los problemas que las mujeres plantean (maternidad, hijos e hijas, violencia de género, violencia en la calle, prostitución, anticonceptivos u otros...) Se entrega a las mujeres que participan un estuche de protección que contiene elementos de higiene básica. Este método permite crear un vínculo más intenso con ellas, lo que provoca que las mujeres se sientan con un compromiso hacia el grupo terapéutico, obteniendo un resultado mayor en el tratamiento de rehabilitación en drogas.

La otra experiencia, se lleva a cabo en Frankfurt (Alemania). Ofrece una gran variedad de servicios para mujeres en situación de exclusión social (drogodependencias de larga evolución, mujeres sin hogar, prostitutas...) que van a un lugar seguro donde se las brinda asesoramiento individual, dispensario de metadona, capacitación laboral e incluso opción a viviendas.

El trabajador social juega un papel muy importante en el proceso de rehabilitación de las mujeres drogodependientes, estableciendo una relación terapéutica acorde a las necesidades y demandas específicas de las mujeres.

La relación terapéutica es uno de los elementos que sostiene el tratamiento, muy especialmente en el caso de las mujeres. La dimensión "relación" es un elemento clave en sus vidas, y también lo es en su recuperación. Ahora bien, ¿qué tipo de relación sería adecuada con las mujeres drogodependientes durante el proceso de recuperación? Jiménez (2015).

Es necesario establecer una relación empática, aceptante y cuidadosa, sin llevar a cabo la estrategia de confrontación que, en ocasiones, se ha utilizado con los hombres drogodependientes con el objetivo de desmontar sus defensas.

En la década de los noventa adquieren relevancia los trabajos que se centran en las necesidades y opciones de tratamiento específicos para las mujeres, pero la modalidad de tratamiento, residencial o ambulatorio, no ha mostrado que uno u otro tengan resultados más satisfactorios para las mujeres, sin embargo sí que influye que el tipo de tratamiento incluya el enfoque de género, siendo sensible a las necesidades y situaciones más desfavorables de las mujeres con drogodependencias. Llegar a acuerdos es difícil dada la diversidad en los tratamientos existentes y su forma de desarrollarlos. No obstante, a pesar de esa falta de acuerdo, sí podemos indicar actuaciones que pueden dar mayor resultado en la intervención con mujeres, como el estilo de relación terapéutica, la oferta de servicios concretos o la perspectiva de género en el enfoque. Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert (2007).

Castaños et al. (2007) exponen que el estilo de relación con la persona debe ser el de una relación terapéutica continua, ya que utilizar un estilo de confrontación con una relación terapéutica poco continua no es eficaz, ya que las mujeres dan mucha importancia a la relación con los profesionales (p.62).

Para poder intervenir con las mujeres se tiene que tener en consideración el contexto terapéutico, de relaciones y los apoyos personales que pueden facilitar o dificultar el tratamiento, especialmente por parte de la pareja.

Las mujeres necesitan un contexto de intervención en el que se sientan seguras físicas y emocionalmente, estableciendo relaciones con los profesionales que favorezcan las tomas de decisiones.

Deben de sentir seguridad, por lo que hay que crear un entorno seguro, una relación profesional no autoritaria mostrando el trabajador social una actitud de escucha, empatía, respeto y conexión. Hay que motivar a las mujeres y que sean ellas las que tomen las decisiones en su proceso de vida.

Por otra parte, no solo es necesaria la calidad de la relación, sino también la asiduidad y constancia de la atención individual, ya que están directamente relacionadas con los mejores resultados en el tratamiento.

Por tanto, realizar un tratamiento específico para las mujeres acordes a sus necesidades va a facilitar el proceso de intervención y se van a obtener mejores resultados, de ahí que se proponga a todos los profesionales de los centros de atención a drogodependientes la consideración y formación del enfoque de género en el proceso terapéutico.

A lo largo de la intervención se va a producir una relación terapéutica, el encuentro de dos personas con sus correspondientes experiencias de vida, con sus concepciones sobre lo masculino y femenino, su forma de representar la realidad de la adicción y con sentimientos mutuos que emergen en el encuentro entre paciente y trabajador social. Se tienen que tener en cuenta estas consideraciones para evitar que la mujer se sienta incómoda en el tratamiento o que impida el bienestar emocional de los profesionales en el desarrollo de su trabajo.

La iniciativa de acudir a un centro de rehabilitación en drogas parte de la persona, pero el trabajador social en el centro debe de poseer una serie de habilidades para iniciar bien el proceso de ayuda terapéutica.

En primer lugar el trabajador social debe de tener habilidades de congruencia y autenticidad, debe saber transmitir a la mujer drogodependiente los sentimientos, debe de aceptar a la mujer incondicionalmente evitando los juicios y ofreciéndola la mayor confianza posible para acogerla. Tiene que tener empatía y escuchar activamente lo que la mujer expresa.

Posteriormente se procede a atender la demanda inicial de la mujer drogodependiente, esta primera fase incluye la escucha activa de la demanda, recabar la información imprescindible, comprobar el motivo por el que acude al centro, dar información y orientar sobre actuaciones posibles, generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, motivar al paciente para iniciar el proceso de atención y asignar citas con el resto de profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

El profesional que realiza esta acogida ha de ser un trabajador social y no otro profesional del equipo, este deberá hacer el primer análisis de la demanda del paciente y su familia, así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento, con el objetivo de apoyar el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial. El trabajador social recogerá toda aquella información relativa a la persona, medio familiar y social, las drogas de abuso, la frecuencia, gravedad y duración del problema, la forma en que la usuaria y su familia viven la situación, el modo de afrontarla, la forma en que se plantea la demanda, la motivación y forma de acceso. (Jiménez, 2015, pp.305-306).

En segundo lugar, una vez que el trabajador social realiza el análisis de la primera reunión con la usuaria, se procede a la valoración interdisciplinar, ya que es necesario tener en cuenta las áreas sanitarias, psicológicas, sociales y ocupacionales, de tal manera que una vez que el resto de profesionales hayan visto a la usuaria se procede a realizar conjuntamente el plan de tratamiento individualizado (PIT).

La evaluación del PIT se realiza en base a las siete dimensiones del modelo de atención (salud y autocuidado, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio). En el PIT se incluyen los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención, las actividades a desarrollar para la consecución de los objetivos y los recursos de apoyo que se consideren necesarios.

Una vez que ha consensuado todo el equipo terapéutico del centro de atención a drogodependientes, el trabajador social informa a la usuaria de la evaluación del PIT, para que pueda ser protagonista activa de su proceso de ayuda terapéutica.

En tercer lugar se desarrolla el plan individualizado de tratamiento, donde la usuaria va teniendo citas con los profesionales del centro. Después de hablar con la trabajadora social se la cita con la psicóloga, posteriormente con el médico psiquiatra y enfermera. Los psicólogos y psiquiatras son los que trabajan con la usuaria estrategias y manejo de emociones, comorbilidad, sentimientos de angustia, depresión etc... Toda la información relacionada con la usuaria debe de ponerse en conocimiento con el resto de profesionales.

Castaños et al. (2007) desarrollan los objetivos terapéuticos que permiten un cambio a largo plazo y la prevención de recaídas, con el objeto final de lograr que las mujeres se rehabiliten de las drogas son:

- Detectar los factores de riesgo de recaídas asociadas a las relaciones personales, las dificultades de separación, sentimientos de abandono, soledad y desarrollar estrategias para su manejo.
- Reforzar la autoestima y recuperar una representación valorizada de sí misma sobre la que, antes de plantearse cambios en las relaciones, pueda apoyarse para recuperar su mundo de relaciones.
- Tomar conciencia de los vínculos que establece y mantiene. Aprender a detectar relaciones no mutuas, no empáticas, abusivas o desvalorizadas cuando aparecen.
- Analizar y comprender las relaciones teniendo en cuenta los vínculos actuales y su historia afectiva personal.
- Conocer las cualidades que favorezcan una relación satisfactoria.
- Favorecer que no establezca nuevas relaciones de pareja durante el tratamiento, de tal manera que le permita centrarse en sí misma. Debe de encontrar nuevos contactos.
- Ayudar a cuestionar la idealización del otro, así como la negación de las dificultades derivadas de la relación dependiente.
- Aprender a cuestionar las fantasías en torno a la separación cuando se decide interrumpir relación no deseadas.
- Fomentar la autonomía en la toma de decisiones, gestión de necesidades e identificación de los deseos y miedos.
- Exploración de las fantasías de pareja, mitos acerca del amor y cuestionamiento de los mismos.
- Aumento de la tolerancia a la soledad y desarrollo de estrategias ante el vacío y el aburrimiento

- Aprender a manejarse y tolerar los ciclos de contactos y separación con los demás, diferenciando simbiosis<sup>6</sup> y ruptura.
- Análisis de los estereotipos de género y su influencia en el establecimiento de relaciones dependientes.
- Valorar y promover el establecimiento de relaciones de amistad entre mujeres.

El nivel de intervención del trabajador social dependerá en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo de exclusión social.

Finalmente se procede a evaluar el proceso de ayuda terapéutica, analizar los resultados, si la persona usuaria se ha deshabitado de las drogas, se ha insertado en un grupo de referencia bueno, ha encontrado empleo, tiene buena relación con la familia, buen estado de salud etc. Todos estos aspectos tienen que ir mejorando a medida que se avanza en el proceso de intervención, contando con que la persona en un momento dado puede recaer. Las recaídas forman parte del proceso de deshabitación y nunca hay que culpabilizar ni desmoralizar a la persona en el proceso de tratamiento.

Las áreas con las que trabaja el trabajador social son, según (Jiménez, 2015):

- Área de necesidades básicas: se ofrece el asesoramiento profesional y la gestión correspondiente de recursos según la demanda y necesidad específica de las mujeres: alojamientos (albergues), comedor social, servicio de aseo básico, ropero, documentación básica (empadronamiento, tramitación de DNI, tarjeta de la seguridad social etc.).
- Área de familia: “La familia, como grupo socializador primario, actúa como modelo y grupo de referencia para el aprendizaje de conductas y el desarrollo integral de los miembros que la componen, influyendo en la configuración de la personalidad de cada uno de ellos, sus ideas, actividades, relaciones interpersonales etc...”

---

<sup>6</sup> Relación de ayuda o apoyo mutuo que se establece entre dos personas o entidades, especialmente cuando trabajan o realizan algo en común. Fuente: RAE.

Es por ello que, dentro de las funciones de la trabajadora social es fundamental el trabajo a realizar con el grupo familiar, marcando como objetivo el máximo nivel de implicación y participación activa de la familia a lo largo del tratamiento. Hay que tener en consideración que no todas las usuarias presentan un modelo estructurado de familia a seguir, por lo que decidirá en todo momento si quiere que sus familiares se involucren en su proceso de rehabilitación en las drogas.

En algunas ocasiones la familia supone la falta de crecimiento para la persona usuaria que está recibiendo tratamiento, si esto es así, se tiene que conocer la incidencia de los factores perturbadores que han descompensado el funcionamiento familiar, crear un clima afectivo donde los límites y las normas son necesarios para el desarrollo de actitudes que les ayuden a superar sus frustraciones y desarrollar ideas propias, lograr seguridad y autoconfianza necesaria para alcanzar su madurez e independencia. Además, la familia debe de adquirir unos hábitos saludables que les permitan afrontar todas las situaciones conflictivas que se les plantearán a lo largo de su vida.

- Área formativa: “El hecho de que el contacto de los consumidores con las drogas se produzca mayoritariamente en edades tempranas, lleva asociado en un alto porcentaje de casos al fracaso o abandono de los estudios” (Losada et al., 1995, p.134 citado en Jiménez, 2015).
- Área laboral: el trabajador social debe de conocer, estudiar y valorar la historia laboral y situación actual de la persona usuaria. Es importante valorar el papel que el trabajo cumple o puede cumplir en el desarrollo personal del individuo (independencia económica, integración social, autoestima, sentimientos de utilidad) la mayor parte de las usuarias carecen de estas características por lo que habría que desarrollar estrategias para trabajar conjuntamente. También se tiene que valorar si la persona usuaria se encuentra en la fase de tratamiento adecuada para poder incorporarse al mundo laboral o al mercado de trabajo. Es eficaz realizar un programa básico para la capacitación o incorporación laboral conjunto con la persona usuaria, si esta lo requiere.
- Área económica: el trabajador social asesora, orienta y gestiona las correspondientes ayudas económicas vigentes en el territorio, coordinándose con los servicios sociales básicos.

- Área de vivienda: el trabajador social proporciona la información necesaria y las gestiones que conlleva el proceso administrativo para viviendas protegidas de especial necesidad, albergues, pisos tutelados etc...
- Área judicial: el trabajador social deberá de poseer conocimientos judiciales, legislación y del reglamento penitenciario relacionados con la problemática de drogodependencia para coordinarse con recursos externos. Debe de valorar la incidencia que la situación jurídico-penal tiene sobre su motivación frente al inicio de tratamiento y su posterior desarrollo.

Todas las áreas deben de ser trabajadas de manera individualizada con la persona, respetando el ritmo de cada mujer. Debemos de ser conscientes que abordar estas áreas conlleva a experiencias dolorosas que causan miedo, ansiedad, reacciones impulsivas. El objetivo fundamental es que la mujer permanezca en tratamiento, manteniendo una actitud receptiva que permita detectar los momentos adecuados para abordar temas concretos.

La evaluación y la intervención forman parte de un proceso continuo, que se tiene que ir adaptando a la persona y respetando los tiempos y espacios que pauten las mujeres y si es el caso la familia.

La intervención en grupo con mujeres puede presentar un freno psicológico para la mujer, sobre todo en la primera fase del tratamiento, ya que no se encuentran preparadas psicológicamente para hablar públicamente de su problemática.

Después de reflexionar si la intervención en grupo es eficaz para las mujeres drogodependientes, se puede afirmar que es satisfactorio para las mujeres a lo largo de su proceso rehabilitador, que entren a formar parte de un grupo exclusivamente de mujeres, porque las mujeres se recuperan en relación, no aislamiento, por ello es necesario promover un espacio grupal que permita motivar al cambio, ofrecer apoyo, y facilitar la identificación con otras personas, pues el grupo puede convertirse en una referencia particularmente significativa.

Más allá de los modelos feministas se propone una intervención con perspectiva de género, el concepto y las teorías de la perspectiva de género, así como el moderno entendimiento de lo que conforma el patriarcado o sistema de dominación son

producto de las teorías feministas, es decir, de un conjunto de saberes, valores y prácticas explicativas de las causas, formas, mecanismos y justificaciones de la subordinación de las mujeres que buscan transformarla.

Por todo lo expuesto sería muy interesante iniciar un proceso de intervención con mujeres drogodependientes desde una perspectiva de género parte de una condición indispensable, que él o la profesional, en este caso, el trabajador social tiene que tener la oportunidad de profundizar sobre algunos aspectos específicos en torno a mujeres drogodependientes, destaco los siguientes:

- Adquirir conocimientos específicos sobre los aspectos diferenciales de hombres y mujeres en sus distintas dimensiones (biológica, psicológica y social).
- Reflexionar y analizar los estereotipos sobre hombres y mujeres que se tienen interiorizados.
- Examinar las actitudes ante los hombres, las mujeres y sus relaciones.
- Instalar las herramientas terapéuticas que permitan manejar distintas dimensiones: conductual, cognitiva, psicodinámica y relacional.

## **6. CONCLUSIÓN**

Esta revisión se ha realizado mediante una serie de búsquedas en las bases de datos en "Google Scholar", "Dialnet Plus" y "Proquest", para obtener una relación entre la perspectiva de género en el uso de drogas y tratamiento de deshabituación.

En un primer momento se realizaron rastreos con los términos "género" y "drogas". Una vez hecho esto, se procedió a buscar artículos desde el año 2005 hasta el 2016.

Las dificultades encontradas han sido de diversa índole. En un primer momento fue preciso aprender a manejar las bases de datos, posteriormente a la hora de presentar la información hubo que sintetizarla.

Para realizar las citas bibliográficas he sido preciso revisar las normas APA (American Psychological Association) 2016 en varias ocasiones. Además en el tratamiento de deshabituación de drogas ha sido costoso encontrar datos estadísticos diferenciales entre hombres y mujeres en 2016, unido a la poca información que existe sobre los tratamientos específicos para mujeres, por más que he revisado artículos no he encontrado programas de intervención con mujeres en tratamiento de deshabituación en drogas.

Las competencias adquiridas a lo largo del trabajo han sido la capacidad de análisis y síntesis de los estudios de otras personas, ya que he tenido que gestionar la información más relevante para reflejarla en el trabajo.

También he adquirido competencias de razonamiento crítico, pues algunos de los argumentos que exponían los autores resultaban de difícil comprensión, por lo que he tratado de explicarlos.

He aprendido de manera autónoma a trabajar con las bases de datos y a usar las citas y referencias bibliográficas según las normas APA.

Se puede concluir después de realizar el desarrollo del trabajo que el género es una variable influyente condicionante en el uso de las drogas, tratamiento y en las consecuencias de reinserción que esta "enfermedad adicción" conlleva. Teniendo en consideración que la adicción no es una cuestión de género pero si existen diferencias entre los hombres y las mujeres, que se están empezando a visibilizar.

Las diferencias de género es un fenómeno social que se lleva dando durante décadas, al igual que el abuso de drogas. Hay pocos estudios que hayan evaluado las diferencias de género de manera global, estandarizada y con muestras amplias de usuarios que consuman sustancias nocivas.

Desde la antigüedad el uso y abuso de drogas en las mujeres se ha venido diferenciando del de los hombres, debido al papel poco visible de la mujer en la sociedad. Además el tipo de drogas que se han consumido ha variado con los años.

En España nos encontramos con tres momentos diferentes. El primer periodo se da a finales de los años sesenta y principios de los setenta, el consumo de drogas no se consideraba un problema social.

El segundo periodo, década de los años ochenta, se conceptúa la realidad de los consumos de drogas como un problema social, se crea una gran preocupación, lo que dio lugar a que las autoridades públicas se involucraran.

El tercer periodo, década de los noventa, se comienzan a dar cambios en los consumos y en las valoraciones sobre los mismos, cambiando la concepción del problema social de las drogas. Los cambios más relevantes que se observaron son: el estancamiento y descenso del consumo de heroína, el surgimiento del éxtasis y de otras drogas de síntesis, el cambio de pautas y perfiles de consumo de algunas sustancias, en especial, el tabaco, el alcohol y el cannabis.

A lo largo de toda la historia, las mujeres han consumido menos drogas ilegales que los hombres. Actualmente sigue siendo así, pero se está empezando a observar el aumento del consumo de alcohol y cannabis en mujeres, e incluso se invierte la relación en algunos grupos de edad, debido a la normalización de las drogas.

La normalización de las drogas se empezó a gestar en la década de los noventa asociando el consumo a los espacios de ocio.

Actualmente, las drogas se siguen asociando a los espacios de ocio, lo que provoca que el consumo se concentre principalmente en los jóvenes de 15 a 34 años. Las drogas ilegales más consumidas son el cannabis, cocaína y el MDMA.

La edad de inicio del consumo oscila según el tipo de drogas, las drogas más tempranas son el alcohol (17 años) y los cannabis (19 años). El consumo más tardío son los hipnosedantes (35 años).

En general, el hombre consume más drogas ilegales que la mujer y varias a la vez (policonsumo), excepto en los hipnosedantes siendo la mujer quien duplica el consumo de los hombres.

En el inicio del consumo los aspectos que marcan una diferencia de perfiles son de carácter circunstancial, las mujeres consumen para evadirse de la realidad, y los hombres consumen por curiosidad.

Las mujeres juegan un rol diferente que los hombres en variables como los estudios y el trabajo, a pesar de que los hombres tienen menor nivel académico que las mujeres, tienen trabajos estables y con mejor remuneración, mientras que la situación económica de la mujer es precaria porque se tienen que encargar de cuidar del hogar y de los hijos.

En el estado civil de ambos sexos es un rasgo muy común la ruptura de pareja, pero es más acusado en las mujeres, pues presentan una inestabilidad emocional mayor, la pareja es en muchas ocasiones la causa del inicio del consumo de las mujeres. Esto se debe a que las mujeres presentan bidependencia (dependencia de algo o alguien añadido al deseo de consumir) teniendo la necesidad de sentirse “apoyadas” o “queridas” por alguien, en muchas ocasiones porque la falta de apoyo familiar ha sido nula o escasa. Sin embargo los hombres inician el consumo de drogas por la curiosidad y la personalidad (inseguridad, timidez o incapacidad de relación social).

Por ello los hombres consumen drogas en el ámbito público, donde priman las relaciones sociales y las mujeres en el ámbito privado donde las relaciones afectivas y la familia son el factor más importante.

La mujer presenta mayor estigmatización que el hombre, debido a la asociación entre consumo – adicción – responsabilidades del hogar y de los hijos y en algunas ocasiones por el ejercicio de la prostitución.

Por ello las mujeres consumen drogas apoyadas en una falsa sociabilidad y evasión de la realidad, que se refleja en el poder soportar a los hijos, maridos, afrontar un

problema (resiliencia), relajarse, frustración, estrés, baja autoestima, hormonas reproductivas y embarazo, la familia y la infancia.

Unido a la estigmatización de la mujer se añade la percepción de esta sobre sí misma mucho más vulnerable que el hombre, con miedo de ser etiquetada como “fáciles”, en situaciones de consumo de sustancias.

La mujer al iniciarse antes en el consumo que los hombres (inducido el consumo de las mujeres por los hombres) presenta mayores problemas de baja autoestima, ansiedad, depresión unido con la bidependencia (dependencia relacional) en el cual la mujer dependiente es a la vez dominante, y en lugar de disolver la personalidad en la del otro la fagocita creando una atmósfera asfixiante.

Los trastornos psiquiátricos y psicológicos son diferentes entre hombres y mujeres, los hombres presentan trastornos de la personalidad y psicosis (esquizofrénica y paranoide) y las mujeres trastornos asociados al estado de ánimo, generalmente, ansiedad y depresión.

Debido a los factores que condicionan y motivan a las mujeres a consumir, es conveniente que los hombres no intervengan en el proceso de rehabilitación de tratamiento de las mujeres.

Las mujeres acuden motivadas a los centros con el deseo de mejorar sus vínculos como madre, esposa, hija, siempre por y para los demás, mientras que los hombres tienen una motivación centrada en no perder el apoyo social externo.

Las mujeres reciben menos tratamientos que los hombres, por ello es necesario trabajar y elaborar programas específicos para mujeres acorde a sus necesidades.

Actualmente existen muy pocos programas específicos para mujeres porque se han centrado en atender la demanda de una población mayoritariamente de hombres.

Las causas que llevan a que haya pocos tratamientos específicos para mujeres son debido a que las personas que planifican los servicios de atención a drogodependientes desconocen las necesidades de la mujer, se centran en la sustancia más que en las características de las personas consumidoras, unido a la poca investigación de la repercusión de las drogas en las mujeres.

Esto da lugar a que el éxito de la rehabilitación sea menor en las personas drogodependientes.

Las mujeres presentan más obstáculos para reinsertarse en la sociedad, ya que no encuentran un espacio adecuado y específico a sus necesidades y tampoco en la comunidad.

Por ello la necesaria tarea de realizar una intervención social con perspectiva de género único a las necesidades de la mujer.

Los profesionales de los equipos multidisciplinares, en especial los trabajadores sociales, que trabajan en los centros de atención a drogodependientes tienen como misión establecer una relación terapéutica continua y confiable con la persona, teniendo siempre presente el contexto, las relaciones y apoyos personales que pueden facilitar o dificultar el tratamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Altell, G., Plaza, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia domestica desde una perspectiva de género. *Health and drugs*, 5(2), 99-116.
- Aguilera, A. C., Llacer, D. J. J. L., Gómez, D. M. R., Gómez, D. C. F., & Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y drogas*, 3(2), 37-60.
- Blanco, P., Sirvent, C., Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Health and drugs*, 5 (2), 81-98.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. *Madrid: Instituto de la Mujer*.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Health and drugs*, 5(2), 117-136.
- Del Castillo, J. A. G. (2005). Género, drogas y futuro. *Salud y drogas*, 5(2), 7-10.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (OEDT). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La encuesta se realiza a personas de 15 a 64 años residentes en España.
- Facio, A., & Fries, L. (1999). Feminismo, género y patriarcado. *Género y derecho*, 27.
- García, P. O., & Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144.
- Informe Mundial sobre las drogas, 2016. UNODC.
- Jiménez Fernández, A. (2016). *El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid*. Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid.
- Jefatura de la Inspección General del Ejército. Ejército de Tierra. Boletín de información de adicciones. Diciembre, 2016.

- Jefatura de la Inspección General del Ejército. Ejército de Tierra. Boletín de información de adicciones. Enero, 2017.
- Jefatura de la Inspección General del Ejército. Ejército de Tierra. Boletín de información de adicciones. Febrero, 2017.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.
- Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rial, A., Torrado, N., Braña, T., Varela, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*. 22, (4), 574-580.
- Roncero, C., Astudillo, P. V., López, L. G., Pérez, B. M., Barral, C., Villamor, I. B., & Bolotner, N. S. (2016). Diferencias relevantes en la percepción y el grado de conocimiento de los profesionales de las distintas Comunidades Autónomas españolas sobre la existencia de recursos para pacientes con patología dual. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(1), 1-12.
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres.
- Rodríguez, S.E., Córdova, A.J., & Fernández, M.C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions*, 15 (1), 49-54.
- Zamora, P. B., Ruiz, C. S., & Ajuria, L. P. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Health and drugs*, 5(2), 81-98.