



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“La intervención social en adicciones con perspectiva de género, un enfoque desde el Trabajo Social”

Autora: Lucía Riber del Val.

Tutor académico: Pablo de la Rosa Gimeno.

Facultad de Educación y Trabajo Social

Universidad de Valladolid

2024/2025

“Este trabajo está dedicado a todas las mujeres que, a pesar del silencio, del estigma y de la violencia estructural, luchan cada día por reconstruirse, por ser escuchadas y por vivir con libertad y dignidad. Que nunca les falte una red que las sostenga, una voz que las acompañe y un espacio seguro donde volver a empezar”

Resumen: Este Trabajo de Fin de Grado analiza la intervención social en adicciones desde una perspectiva de género, con énfasis en el papel del trabajo social. A través de una revisión bibliográfica y documental, se evidencian las barreras estructurales que enfrentan las mujeres con consumo problemático de sustancias, como la violencia de género, el estigma, la maternidad en contextos vulnerables y la falta de recursos adaptados, que dificultan su acceso y permanencia en el tratamiento.

El trabajo parte del modelo biopsicosocial y propone su ampliación mediante la incorporación de la perspectiva de género. Se destaca que los dispositivos tradicionales, diseñados desde enfoques masculinos y biomédicos, no responden adecuadamente a las necesidades de las mujeres. También se analizan factores de riesgo específicos, diferencias de consumo y buenas prácticas, como las de la Fundación Instituto Spiral.

Se concluye que una intervención eficaz y justa debe integrar la perspectiva de género, y que el Trabajo Social debe liderar este cambio desde su compromiso ético, crítico e inclusivo.

Palabras clave: Trabajo Social, adicciones, perspectiva de género, mujeres y drogodependencias, intervención social, desigualdad estructural, violencia de género, estigma, modelo biopsicosocial e inclusión social.

ÍNDICE

1.Introducción.....	6
1.1.Justificación:	7
1.2.Objeto, objetivo general y objetivos específicos.....	9
1.3.Metodología.	10
2.La perspectiva de género en intervención social.	13
2.1.Género, concepto y evolución de la perspectiva de género.	15
2.2.Salud, adicciones y desigualdad de género.	16
2.2.1.Diferencias en el impacto del consumo de drogas en la salud:	17
2.2.2.Acceso a la salud y desigualdades en la atención	18
2.3.La incorporación de la perspectiva de género en Trabajo Social.....	20
2.4.Drogas y violencia de género.....	21
3.El Trabajo Social y la Intervención social en adicciones.....	25
3.1.Conceptos/Nociones básicas (Droga, tipos de drogas, adicciones).	25
3.2.Definición y evolución de la intervención social en adicciones	27
3.2.1.Evolución histórica de la intervención social en adicciones	28
3.3.El papel del Trabajo Social en la atención a personas con adicciones.....	29
3.4.Modelos tradicionales de intervención en adicciones	30
4.La intervención en adicciones con perspectiva de género en la actualidad....	32
4.1.Características del consumo de sustancias en mujeres.....	32
4.2.Principales factores de riesgo y vulnerabilidad asociados al consumo en mujeres.....	36
4.3.Barreras de acceso y permanencia/adherencia a los tratamientos.....	39
5.El modelo biopsicosocial en el Trabajo Social en adicciones con perspectiva de género.....	43
5.1.Fundamentos del modelo biopsicosocial: aplicación actual en adicciones.	44
5.2.La perspectiva de género como ampliación del modelo biopsicosocial.	46

5.3.Funciones del Trabajo Social en la intervención biopsicosocial con mujeres.....	49
5.4.La Fundación Instituto Spiral como ejemplo de la aplicación de la perspectiva de género en adicciones desde el modelo biopsicosocial	52
6.Conclusiones y reflexión.	57
7.Bibliografía	60

1. Introducción

El fenómeno de las adicciones representa uno de los retos más complejos para las sociedades contemporáneas. Lejos de constituir una problemática individual aislada, el consumo de sustancias psicoactivas está profundamente condicionado por múltiples factores sociales, económicos, culturales y de salud pública, que configuran tanto los itinerarios del consumo como las posibilidades de atención, recuperación y reintegración social. En este contexto, el trabajo social desempeña un papel esencial en el acompañamiento de personas en situación de vulnerabilidad, ofreciendo intervenciones integrales orientadas a la promoción del bienestar, la equidad y los derechos humanos.

La intervención social en el ámbito de las adicciones ha evolucionado significativamente en los últimos años. Desde modelos centrados exclusivamente en la abstinencia o en el enfoque médico-sanitario, se ha transitado hacia perspectivas más amplias e interdisciplinarias, como el modelo biopsicosocial, que reconoce la necesidad de atender no solo los síntomas clínicos del consumo, sino también los determinantes sociales, familiares y comunitarios. No obstante, a pesar de estos avances, la dimensión de género continúa siendo una asignatura pendiente en muchos dispositivos de atención a drogodependencias, tanto en el diseño como en la práctica.

Las mujeres con consumo problemático se enfrentan a obstáculos estructurales específicos que condicionan su acceso a los recursos de tratamiento y su permanencia en ellos. Entre ellos: violencia de género, estigma social, maternidad en contextos de alta vulnerabilidad, falta de apoyos institucionales y escasez de recursos adaptados. Estos factores dificultan la recuperación y generan una doble penalización: por ser mujeres y por ser consumidoras.

Este TFG surge del interés profesional y personal despertado durante las prácticas curriculares realizadas en un Centro de Atención a Drogodependientes (CAD), donde se evidenció que, si bien la atención ofrecida era técnicamente adecuada y humana, la perspectiva de género no estaba integrada de forma explícita ni sistemática en la intervención. Esta observación puso de manifiesto una carencia fundamental en la práctica profesional y motivó la realización de este trabajo con el objetivo de comprender, visibilizar y proponer alternativas más inclusivas y eficaces.

El propósito es analizar la intervención social en adicciones con perspectiva de género desde el trabajo social, identificando enfoques teóricos, experiencias prácticas relevantes y barreras que persisten en la atención a mujeres con adicciones. Para ello, se ha optado por una revisión bibliográfica y documental, que permite sistematizar el conocimiento existente, contrastar distintos modelos de intervención y destacar buenas prácticas sensibles al género.

La estructura del trabajo se organiza en varios bloques: primero, el concepto de género y su evolución; luego, el análisis del consumo en mujeres y las desigualdades en los procesos terapéuticos; después, el papel del Trabajo Social y el modelo biopsicosocial con enfoque de género; y finalmente, el programa de Spiral como ejemplo de intervención práctica.

En definitiva, este trabajo busca contribuir a mejorar las intervenciones sociales en adicciones, reconociendo la importancia de incorporar la perspectiva de género como elemento clave para una atención más justa y transformadora. Se parte del convencimiento de que no puede haber verdadera inclusión ni efectividad terapéutica sin abordar las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres, y que el trabajo social, tiene un papel fundamental en esta tarea.

1.1. Justificación:

Como se ha adelantado en el apartado anterior, este Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG) nace del interés personal y profesional que surgió durante el desarrollo de las prácticas realizadas en tercero y cuarto curso del Grado en Trabajo Social, en el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) de la provincia de Segovia. Estas prácticas, desarrolladas en dos fases, la primera centrada en la observación y el análisis de la realidad y la segunda enfocada en la intervención, me permitieron acercarme de forma directa a un ámbito que resultó especialmente interesante para mí: el de las drogodependencias.

A lo largo de varios meses de trabajo junto al equipo profesional del CAD y en contacto directo con las personas usuarias, fue posible conocer de primera mano las complejidades que rodean al consumo de sustancias, así como la importancia de un acompañamiento social profesional a través de una mirada integral. Esta experiencia me

ayudó a comprender mejor los diversos factores que intervienen en las adicciones, desde lo personal y emocional hasta lo social, económico y familiar.

Uno de los aspectos que más me llamó la atención durante este periodo fue comprobar que, aunque el servicio funcionaba y el equipo mostraba gran implicación, la perspectiva de género no se encontraba siempre presente en la atención. Es decir, las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de consumir, acceder al tratamiento o mantenerse en él no se abordaban de manera específica. De hecho, muchas de las mujeres usuarias del centro compartían situaciones muy marcadas por la violencia de género, la maternidad en condiciones difíciles, el estigma o la falta de apoyos, y todo ello impactaba directamente a su proceso de recuperación.

Esto me generó una inquietud: ¿cómo se puede mejorar la intervención social en adicciones para que realmente tenga en cuenta estas realidades? ¿Qué estrategias funcionan mejor cuando se incorpora la perspectiva de género? ¿Qué beneficios tiene para las mujeres que reciben tratamiento? Estas preguntas motivaron la elección del tema del TFG.

Por todo ello, este trabajo busca destacar a través de una revisión bibliográfica, la importancia de incorporar la perspectiva de género en la intervención social en drogodependencias, especialmente desde el trabajo social. El objetivo es conocer qué modelos existen, cómo se aplican, qué barreras encuentran las mujeres y qué beneficios aporta este enfoque frente a los modelos más tradicionales.

La elección de este tema no solo tiene que ver con el interés personal generado a raíz del desarrollo de las prácticas, sino también al compromiso del Trabajo Social con la igualdad de oportunidades, la inclusión y los derechos de las personas. Dar visibilidad a las mujeres con adicciones y a sus necesidades específicas es clave para poder avanzar hacia intervenciones más justas, equitativas y efectivas.

1.2. Objeto, objetivo general y objetivos específicos.

Objeto: La intervención social en adicciones con perspectiva de género, un enfoque desde el Trabajo Social.

Objetivo general: Determinar los elementos clave de la intervención social en el ámbito de trabajo social con perspectiva de género en el ámbito de las adicciones y mostrar su mayor efectividad en la atención a mujeres en comparación con otras estrategias tradicionales, para evidenciar su impacto en el acceso, tratamiento y éxito terapéutico. Todo ello mediante un proceso de revisión bibliográfica.

Objetivos específicos:

1. Analizar la evolución histórica y conceptual de la intervención social con perspectiva de género con especial énfasis en el trabajo social y describir la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito del trabajo social en adicciones.
2. Identificar y analizar la situación actual de la intervención en adicciones con perspectiva de género, identificando sus principales aportaciones, limitaciones, desafíos y barreras que enfrentan las mujeres en el acceso y permanencia en los programas de tratamiento.
3. Comparar la efectividad de los enfoques tradicionales de intervención en adicciones con aquellos que integran la perspectiva de género, destacando sus beneficios, limitaciones y posibles mejoras.
4. Revisar experiencias y modelos de intervención con perspectiva de género en el trabajo social, identificando los elementos claves y buenas praxis para su implementación.
5. Sintetizar los hallazgos/conclusiones de la revisión bibliográfica y proponer recomendaciones para el diseño y la implementación de estrategias más efectivas e inclusivas en la intervención social en adicciones.

1.3. Metodología.

El presente TFG se ha desarrollado mediante una revisión bibliográfica y documental, seleccionada como estrategia metodológica por su coherencia con el objeto de estudio y con los objetivos formulados. Esta metodología ha permitido explorar, analizar y reflexionar críticamente sobre los modelos de intervención social en el ámbito de las adicciones, incorporando la perspectiva de género desde el enfoque de trabajo social. Su aplicación resulta especialmente útil cuando se busca profundizar en el conocimiento ya sobre el fenómeno, sistematizar aportes previos, detectar vacíos y generar propuestas fundamentadas que contribuyan a la mejora de la práctica profesional.

El objeto de estudio del TFG es “La intervención social en adicciones con perspectiva de género desde el Trabajo Social” justifica el uso de esta estrategia metodológica, ya que se trata de un tema amplio, multidimensional y abordado desde distintos enfoques disciplinares. A través de esta revisión se ha pretendido analizar críticamente los discursos, modelos de intervención y experiencias prácticas que han buscado incorporar el enfoque de género en la atención a mujeres con consumo problemático.

El proceso de diseño y desarrollo de la estrategia de revisión se ha estructurado en las siguientes fases:

Delimitación del tema y planteamiento del problema

El tema surgió a partir de observaciones realizadas durante las prácticas en el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD), de Segovia, donde se evidenció que muchas mujeres con adicciones enfrentan barreras específicas en su acceso, permanencia y evolución dentro de los programas de tratamiento. A partir de esta problemática, se formuló el objetivo general del trabajo: identificar los elementos clave de una intervención social más eficaz, inclusiva y sensible al género, desde el enfoque del Trabajo Social.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos académicas y repositorios especializados como:

- Dialnet, Redalyc, Scielo y Google Académico
- UvaDOC (repositorio de la Universidad de Valladolid)

- Instituto de las Mujeres, Plan Nacional sobre Drogas, OMS, UNODC
- Entidades del tercer sector: Proyecto Hombre, Fundación Instituto Spiral.

Se utilizaron palabras clave como: “adicciones y género”, “intervención social en drogodependencias”, “trabajo social y mujeres”, “modelo biopsicosocial”, entre otras.

Criterios de inclusión y exclusión

Los documentos seleccionados debían cumplir al menos con una de las siguientes condiciones:

- Tratar sobre mujeres consumidoras de sustancias, violencia de género y exclusión.
- Abordar el papel del trabajo social en adicciones con enfoque de género.
- Teorizar el trabajo social en adicciones y sus intervenciones.
- Incluir propuestas metodológicas, marcos teóricos o experiencias prácticas relevantes.
- Haber sido publicados preferentemente en los últimos 15 años, aunque también se incorporaron textos clásicos (como Engel o Zinberg) y normativas vigentes.

Lectura crítica, análisis y organización del contenido

Los documentos seleccionados fueron sometidos a una lectura profunda y analítica. A partir de ella, se identificaron categorías clave: modelo biopsicosocial, aportes del feminismo en salud, desigualdad estructural, prácticas profesionales, barreras específicas en mujeres consumidoras y experiencias de intervención.

Toda la información se organizó siguiendo una lógica temática, dividiendo el trabajo en apartados que permiten recorrer el fenómeno desde sus fundamentos teóricos hasta su aplicación práctica: origen del modelo biopsicosocial, incorporación del enfoque de género, el papel del trabajo social, análisis de barreras, y ejemplos de buenas prácticas, como el de Fundación Spiral.

Finalmente, los hallazgos se integraron en un análisis crítico y reflexivo, que permitió comparar enfoques tradicionales con modelos más inclusivos, resaltar vacíos en la atención a mujeres, y proponer recomendaciones orientadas a mejorar la calidad y equidad de la intervención desde el trabajo social. La redacción final recoge tanto los aportes teóricos como los aprendizajes personales derivados del proceso de revisión.

Justificación del enfoque metodológico

Según la guía metodológica para revisiones bibliográficas (Coral, 2016), este tipo de trabajos no se limitan a recopilar información, sino que exigen una reorganización crítica del conocimiento disponible para construir nuevas perspectivas de análisis. En este TFG, la revisión bibliográfica ha servido no solo para identificar los principales aportes y desafíos del enfoque de género en adicciones, sino también para poner en diálogo autores, modelos y prácticas que pueden fortalecer la intervención profesional desde el trabajo social.

Esta estrategia metodológica facilita el acceso a una amplia y diversa recopilación de fuentes, superando las limitaciones de tiempo y acceso propias de investigaciones de campo, y ofreciendo una visión fundamentada, transversal y aplicada, que puede ser útil tanto en contextos académicos como en la práctica profesional.

2. La perspectiva de género en intervención social.

La intervención en adicciones desde una perspectiva de género se ha vuelto una necesidad urgente en el campo del trabajo social, ya que permite comprender y abordar las desigualdades estructurales que afectan diferencialmente a mujeres y hombres en su relación con el consumo de sustancias. La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha advertido que el problema mundial de las drogas sigue intensificándose, con un aumento del consumo y expansión de los mercados, siendo las mujeres un grupo especialmente afectado en términos de salud, exclusión social y estigmatización (United Nations Office on Drugs and Crime (UNDOC), 2024).

Según el Informe Mundial sobre Drogas de la UNODC (2024):

si bien alrededor de 64 millones de personas en el mundo sufren de trastornos por el uso de drogas, solo una de cada 11 recibe tratamiento. Las mujeres tienen menos acceso al tratamiento que los hombres: solo una de cada 18 mujeres con trastornos por consumo de drogas recibe tratamiento en comparación con uno de cada siete hombres (p. 5).

La incorporación de la perspectiva de género en la intervención social resulta esencial para comprender cómo las diferencias entre hombres y mujeres (marcadas por construcciones sociales, culturales y económicas) influyen en sus trayectorias vitales, incluyendo el consumo de drogas. Este enfoque permite identificar no solo los distintos factores que motivan el uso de sustancias en función del género, sino también los efectos diferenciados que dicho consumo genera y las barreras que enfrentan las personas para acceder a recursos de prevención, tratamiento y reinserción (Red Iberoamericana de ONG en Drogas y Adicciones [RIOD], 2022).

Desde esta mirada, se reconoce que las desigualdades estructurales, como la precariedad económica, la violencia machista, la doble carga del trabajo doméstico y el estigma asociado a los roles tradicionales de género, tienen un impacto directo en la salud y en la manera en que mujeres y hombres se relacionan con las drogas (Hansen et al., 2020). Las investigaciones más recientes han demostrado que estas diferencias no son meramente individuales, sino resultado de un sistema que reproduce la discriminación y dificulta el acceso equitativo a los servicios sociales y sanitarios (Rojas-Espínola, Cubells Serra & Tudela Marí, 2024).

Así, aplicar la perspectiva de género en las políticas y prácticas de intervención implica diseñar estrategias sensibles a estas realidades, capaces de reducir las brechas de acceso y adaptar los recursos a las necesidades específicas de mujeres, hombres y personas no binarias, con un enfoque interseccional y centrado en los derechos.

Históricamente, los modelos de atención en drogodependencias han sido diseñados desde un enfoque androcéntrico, es decir, basados en la experiencia de los hombres como referencia universal, lo que ha provocado una exclusión sistemática de las necesidades específicas de las mujeres en el tratamiento de las adicciones. Como afirman Rojas-Espínola, Cubells Serra y Tudela Marí (2024), “las intervenciones en adicciones han sido estructuradas tradicionalmente desde un modelo biomédico y masculino que invisibiliza las experiencias de las mujeres consumidoras, perpetuando barreras de acceso y permanencia en los tratamientos” (p. 12)

Esta falta de inclusión de la perspectiva de género ha generado que muchas mujeres no accedan a los programas de rehabilitación por temor a la estigmatización, la pérdida de la custodia de sus hijos o la falta de recursos adecuados que consideren sus realidades específicas (Llort, N., Pujol, J., & Solé, M. 2013). Las mujeres que consumen drogas no solo enfrentan las consecuencias del abuso de sustancias, sino también una penalización social adicional que refuerza su exclusión y limita sus posibilidades de recuperación (Gueta 2017).

Además, los estudios han evidenciado que las mujeres con problemas de adicción tienen una mayor prevalencia de experiencias de violencia física, psicológica y sexual, lo que convierte su tratamiento en un proceso más complejo que no puede abordarse exclusivamente desde la perspectiva biomédica (Gueta, 2017). En este sentido, Hansen et al. (2020) sostienen que “es imprescindible que los programas de intervención incorporen un enfoque de género que considere la intersección entre drogodependencias y violencia de género, proporcionando espacios seguros para las mujeres en proceso de recuperación” (p. 23).

2.1. Género, concepto y evolución de la perspectiva de género.

El concepto de género ha sido ampliamente debatido en distintos campos del conocimiento, desde la psicología y la sociología hasta los estudios feministas y la antropología. En términos generales, se entiende como una construcción sociocultural, que diferencia a hombres y mujeres a partir de normas, valores y roles impuestos históricamente por la sociedad (Tubert, 2003).

Concepto de género

El término "género" fue introducido en la literatura médica y psicológica por John Money en 1955, con el objetivo de explicar cómo las personas intersexuales construyen su identidad sexual independientemente del sexo biológico (Money & Ehrhardt, 1972, citado en Tubert, 2003). Inicialmente, tenía una finalidad médico-psicológica, pero con el tiempo se convirtió en una categoría clave en los estudios feministas.

Según Tubert (2003), “la sociedad patriarcal, y no la biología, es la responsable de la subordinación de las mujeres, que durante siglos se pretendió justificar por la diferencia sexual” (p. 36). Esta afirmación destaca que el género no es simplemente una consecuencia del sexo biológico, sino que es una construcción cultural e histórica que ha determinado la desigualdad entre hombres y mujeres.

Desde una perspectiva sociológica, Joan Scott (1986) define el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y una forma primaria de significar relaciones de poder” (p. 37). Esto significa que el género no solo estructura la forma en que nos relacionamos, sino que también determina el acceso a recursos, derechos y oportunidades.

Evolución del concepto género

La evolución del concepto ha estado influenciada por distintos movimientos y enfoques teóricos. En la década de los setenta, los estudios feministas comenzaron a utilizarlo para evidenciar cómo las diferencias entre hombres y mujeres no eran naturales, sino impuestas socialmente (Scott, 1986).

En los años ochenta y noventa, el concepto de género se consolidó en el ámbito académico y político, influyendo en la creación de políticas públicas orientadas a la igualdad de género. Durante esta época, la ONU y otras organizaciones internacionales comenzaron a incluir el género en sus estudios sobre desigualdad, promoviendo enfoques

específicos para garantizar la equidad en distintos ámbitos, como la educación, la salud y el empleo (ONU, 2000).

Desde el punto de vista antropológico, el género ha sido analizado como un sistema simbólico que estructura la sociedad y determina los roles de hombres y mujeres. Según el enfoque de Rubin (1975), “es el producto de un sistema de intercambio social que regula la sexualidad y la reproducción, estableciendo normas que favorecen la dominación masculina” (p. 38).

Aplicación del concepto de género en la intervención social

La incorporación de la perspectiva de género en la intervención social ha sido fundamental para garantizar la equidad en el acceso a derechos y servicios. Sin embargo, persisten barreras estructurales que dificultan la implementación de este enfoque.

Resulta imprescindible que los programas de intervención social adopten una perspectiva de género para garantizar que las políticas sean inclusivas y atiendan las necesidades específicas de mujeres y hombres (Hansen Rodríguez, 2019).

En el ámbito de la salud y las adicciones, la perspectiva de género ha permitido visibilizar las desigualdades en el acceso a tratamientos y en la forma en que se conceptualizan las adicciones. Como señala el Instituto de la Mujer (2007), “los tratamientos diseñados sin perspectiva de género no contemplan las experiencias diferenciadas de mujeres y hombres en el consumo de sustancias, lo que limita su efectividad” (p. 27).

2.2. Salud, adicciones y desigualdad de género.

Históricamente, las investigaciones sobre el consumo de drogas han estado centradas en hombres, invisibilizando las experiencias y necesidades específicas de las mujeres (Reed, 1987). Esta brecha en la investigación ha llevado a la creación de modelos de atención en salud que no consideran las diferencias de género en el desarrollo de las adicciones, la progresión del consumo ni las estrategias de tratamiento más efectivas (Hansen R, 2019).

Según Reed (1987), "los programas de tratamiento han sido diseñados bajo un modelo universal que no contempla las diferencias de género, lo que ha resultado en una menor adherencia y eficacia en la recuperación de las mujeres" (p. 21).

El impacto de las adicciones en la salud está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales varían significativamente entre hombres y mujeres. La desigualdad de género influye tanto en los patrones de consumo como en las consecuencias físicas y emocionales que las drogas generan en cada grupo. Además, el acceso a los servicios de salud y tratamiento para las adicciones sigue estando sesgado por construcciones de género, lo que limita la efectividad de los programas tradicionales. (Rojas-Espínola, Cubells Serra & Tudela Marí, 2024).

2.2.1. Diferencias en el impacto del consumo de drogas en la salud:

Diferencias biológicas y farmacológicas

Diversos estudios han demostrado que las mujeres son más vulnerables a los efectos neurobiológicos y físicos de las drogas, lo que provoca que desarrollen dependencia con una menor cantidad de consumo y en menos tiempo en comparación con los hombres (Mittag & Grande, 2008).

Algunos aspectos clave incluyen:

- **Metabolismo y procesamiento de sustancias:** las mujeres tienen menor cantidad de enzimas hepáticas para metabolizar el alcohol y otras drogas, lo que provoca mayor toxicidad en el organismo (Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016).
- **Mayor vulnerabilidad a daños cerebrales:** las drogas afectan la corteza prefrontal y el sistema límbico de manera distinta en hombres y mujeres. Las mujeres muestran mayor deterioro cognitivo con menor tiempo de consumo en comparación con los hombres (Hansen et al., 2020).
- **Efectos hormonales:** se ha documentado que las fluctuaciones hormonales en el ciclo menstrual pueden incrementar la sensibilidad a los efectos placenteros de las drogas, aumentando el riesgo de dependencia (Márquez & Lorenzo, 2016).

Diferencias psicológicas y emocionales.

Las mujeres consumidoras de drogas presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad y estrés postraumático, en comparación con los hombres (Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016).

Factores clave incluyen:

- Mayor tendencia a la automedicación: muchas mujeres recurren al uso de hipnosedantes, ansiolíticos y antidepresivos para manejar el estrés y la ansiedad, generando una dependencia silenciosa que muchas veces no se percibe como adicción (OMS, 2020).
- Mayor carga emocional y dependencia relacional: las mujeres en tratamiento presentan una mayor tendencia a desarrollar vínculos de codependencia con parejas consumidoras, lo que aumenta el riesgo de recaídas (Covington, 2008, en Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016).
- Mayor prevalencia de trauma y abuso: se ha documentado que una alta proporción de mujeres con adicciones ha experimentado abuso físico o sexual en algún momento de su vida, lo que puede ser un factor detonante del consumo de drogas (Gueta, 2017).

2.2.2. Acceso a la salud y desigualdades en la atención

El acceso a los servicios de salud para la atención de adicciones está fuertemente influenciado por desigualdades de género. Las mujeres enfrentan mayores barreras que los hombres para acceder a servicios especializados en adicciones, lo que afecta su proceso de recuperación (Llort et al., 2013).

1. Invisibilización en la investigación y el diseño de tratamientos.

Los estudios epidemiológicos sobre adicciones han estado centrados en muestras masculinas, lo que ha resultado en protocolos de tratamiento que no consideran las necesidades específicas de las mujeres (Reed, 1987).

Según Hansen et al. (2020), “los modelos de atención han sido diseñados bajo un paradigma universalista que no contempla diferencias de género, lo que impacta negativamente en la adherencia al tratamiento” (p. 23).

2. Falta de servicios adaptados a las necesidades femeninas.

La mayoría de los centros de tratamiento no cuentan con servicios especializados para mujeres, lo que limita su acceso a programas adecuados. Algunos problemas comunes incluyen:

- Falta de opciones de tratamiento que incluyan el cuidado de hijos, lo que impide que muchas mujeres ingresen a rehabilitación (Ashley et al., 2003).
- Menos recursos para atender la salud mental de mujeres consumidoras, a pesar de que presentan mayor comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad (OMS, 2020).
- Poca capacitación del personal en enfoque de género, lo que perpetúa el estigma y la discriminación en los servicios de salud (Romo et al., 2004).

3. Impacto del estigma social en la atención sanitaria

El estigma asociado al consumo femenino hace que muchas mujeres eviten buscar ayuda profesional por miedo a la discriminación. Algunas consecuencias de este fenómeno incluyen:

- Mayor tendencia a la automedicación en lugar de acudir a un tratamiento especializado (Llort et al., 2013)
- Menor probabilidad de revelar el consumo a los profesionales de salud, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento (Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016)

La relación entre salud, adicciones y desigualdad de género es compleja y multifactorial. Las diferencias biológicas, psicológicas y sociales afectan la forma en que las mujeres experimentan el consumo de drogas, desarrollan dependencia y acceden al tratamiento. Las barreras de género en el acceso a servicios de salud han perpetuado la invisibilización de las mujeres en la investigación y en diseño de tratamientos, generando modelos de intervención poco efectivos para este grupo.

2.3. La incorporación de la perspectiva de género en Trabajo Social.

La incorporación de la perspectiva de género en el ámbito del trabajo social ha sido una evolución imprescindible para responder de manera adecuada a las desigualdades estructurales que afectan de manera diferente a mujeres y hombres. Esta incorporación no solo implica un cambio en la metodología de intervención, sino también una transformación epistemológica en la comprensión de los fenómenos sociales, especialmente en aquellos vinculados a la violencia, la exclusión y las adicciones.

Según Fombuena Valero (2006), “el trabajo social debe tener en cuenta el papel que el género juega en la configuración de los sujetos y en las estructuras sociales, ya que las situaciones de vulnerabilidad están marcadas por la desigualdad de género” (p.134). En este sentido, la disciplina debe abandonar enfoques universales, para reconocer que las necesidades, riesgos y oportunidades no son iguales para todas las personas.

A través de una mirada crítica, Brioso Jiménez, Barrera Algarín y Malagón Bernal (2012) defienden que el enfoque de género es una herramienta esencial para visibilizar y transformar las relaciones de poder que perpetúan la subordinación de las mujeres. Estos autores afirman que la perspectiva de género permite analizar los procesos de exclusión y generar propuestas de intervención que promuevan una equidad real y la libertad social.

El Trabajo Social, como disciplina comprometida con los derechos humanos y la justicia social, tiene la responsabilidad de integrar esta perspectiva en todas las fases del proceso de intervención: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para ello resulta necesario cuestionar los estereotipos de género y los discursos reglamentarios que invisibilizan o minimizan las desigualdades. Según Tobías Olarte (2018), “la formación en igualdad, el uso de un lenguaje no sexista y la revisión crítica de nuestras propias prácticas profesionales son claves para una intervención social con enfoque de género” (p.143).

En el ámbito universitario, diversos estudios han evidenciado la escasa presencia de asignaturas específicas sobre género en los planes de estudio de Trabajo Social, lo cual representa una barrera para la incorporación efectiva de esta perspectiva en la práctica profesional. Raya-Diez y Montenegro Leza (2021) analizaron la situación en varias universidades públicas españolas, concluyendo que “la inclusión del enfoque de género en los planes de formación es desigual y en muchos casos superficial” (p. 351), lo que

limita la preparación del alumnado para intervenir en contextos marcados por la desigualdad de género.

Desde una mirada genealógica, Nebreda Roca (2018) propone reconstruir la historia del trabajo social desde una perspectiva feminista, visibilizando la contribución de las mujeres en la configuración de la disciplina y cuestionando el androcentrismo presente en sus marcos teóricos y metodológicos. Este enfoque permite entender que el género no es un añadido opcional, sino una dimensión constitutiva de la realidad social que debe guiar cualquier intervención profesional.

Asimismo, Agrela Romero, Gutiérrez Casal y Fernández Contreras (2016) abordan los dilemas éticos que emergen en la práctica profesional al trabajar con mujeres, destacando que la ética del trabajo social no puede desligarse del enfoque de género. En palabras de estos autores, “la perspectiva de género nos permite repensar la ética profesional, desplazando el enfoque individualista hacia una comprensión estructural de las opresiones” (p. 53).

En contextos latinoamericanos, también se han desarrollado aportes relevantes. Zúñiga Coronado y Sánchez Moreno (2015) analizan la formación del trabajo social en México, señalando que integrar la perspectiva de género implica revisar no solo contenidos académicos, sino también prácticas institucionales y procesos de intervención que muchas veces reproducen desigualdades.

En definitiva, incorporar la perspectiva de género en el Trabajo Social no es únicamente una cuestión metodológica, sino una postura política y ética que exige transformar la forma en que se entienden y se abordan las problemáticas sociales. Como afirma Chacón-Gironza (2019), “la intervención social no puede seguir siendo neutral ante las desigualdades, debe posicionarse del lado de las mujeres y de quienes sufren discriminación por razones de género” (p. 84).

2.4. Drogas y violencia de género.

La interrelación entre el consumo de drogas y la violencia de género constituye una de las expresiones más silenciadas, complejas y estructurales de la desigualdad que sufren las mujeres. Diversos estudios señalan que muchas mujeres con problemática de adicción han sufrido o siguen sufriendo, situaciones de violencia física, psicológica o

sexual, especialmente en el ámbito de la pareja (Rojas-Espínola, Cubells Serra & Tudela Marí, 2024). Este vínculo bidireccional genera un ciclo de vulnerabilidad y dependencia que constituye un reto para el trabajo social y los servicios de atención.

La evidencia muestra que la violencia de género puede actuar como un factor desencadenante, mantenedor y agravante del consumo de drogas en mujeres. Según Hansen, C et al, (2020), "la prevalencia de violencia de género entre mujeres que consumen sustancias es alarmantemente alta, siendo necesario implementar protocolos de cribado sistemático en los dispositivos de atención" (p. 179).

Desde el enfoque del trabajo social, es fundamental analizar esta realidad no solo como un fenómeno individual, sino como la intersección entre múltiples formas de violencia (física, psicológica, económica e institucional), que inciden directamente en el uso y abuso de sustancias.

Numerosos estudios revelan que existe una alta prevalencia de violencia de género entre mujeres con problemas de consumo. En el caso de mujeres en tratamiento, las cifras oscilan entre un 50% y un 70%, en función del tipo de recurso y del entorno social (Instituto de las Mujeres, 2020). Frecuentemente, son las propias parejas quienes introducen a las mujeres en el consumo o lo perpetúan como instrumento de dominación, coacción o control. Esta situación resulta especialmente preocupante en contextos de prostitución, trata o dinámicas familiares disfuncionales donde la violencia está normalizada.

Este tipo de relaciones genera lo que Caldentey (2019) describen como un “doble vínculo destructivo”, en el que la mujer consume para resistir el daño emocional, pero el consumo también aumenta su vulnerabilidad a nuevas violencias. Según estos autores, “el cribado sistemático de violencia de género en mujeres consumidoras debería ser un procedimiento obligatorio en todos los dispositivos de salud” (p.180), ya que muchas veces esta violencia no es verbalizada, por sentimiento de culpa, estigma o miedo.

El consumo de drogas en mujeres víctimas de violencia de género aparece como una estrategia de supervivencia emocional, una vía de escape para mitigar el dolor y la desesperanza. Según Arostegui Santamaría y Martínez Redondo (2023), “el consumo de drogas, en muchos casos, constituye una estrategia de anestesia psíquica frente a las experiencias de abuso, abandono y violencia vividas a lo largo de la vida” (p.39). Desde

el trabajo social, esto implica no juzgar el consumo como una elección libre, sino como una respuesta adaptativa a situaciones de sufrimiento prolongado y profundo.

Este fenómeno se agrava con la maternidad. Las mujeres que son madres y consumidoras enfrentan un triple estigma: por consumir, por ser mujeres y por fallar en el rol tradicional de cuidadoras. Este estigma institucionalizado (que muchas veces acaba en la retirada de la custodia o en intervenciones sancionadoras) provoca que muchas mujeres oculten su consumo, retrasando el acceso al tratamiento y agravando su situación. (Instituto de las Mujeres, 2020; Gueta, 2017).

El estigma no solo proviene de la sociedad, sino también de los propios servicios. Tal como recoge el informe del CEDOA (2024), muchos centros de atención a drogodependencias no están preparados para trabajar con mujeres víctimas de violencia de género, ni cuentan con profesionales formados en trauma, interseccionalidad o acompañamiento feminista. Esto genera entornos inseguros, revictimizantes y completamente ineficaces para el proceso de recuperación.

A nivel institucional, tanto el Plan Nacional sobre Drogas como el Ministerio de Igualdad han identificado la necesidad urgente de establecer dispositivos integrados que trabajen de forma conjunta el consumo de sustancias y la violencia de género, superando la fragmentación actual de los servicios. El documento Inventario de recursos asistenciales con abordaje conjunto de violencia y adicciones (Ministerio de Sanidad, 2025) señala que estos dispositivos son aún escasos y están poco distribuidos territorialmente, lo que limita el acceso real y equitativo.

Frente a ello, desde el trabajo social se propone un modelo de intervención interseccional, comunitario y basado en los derechos humanos, que tenga en cuenta las trayectorias vitales de las mujeres, sus múltiples formas de discriminación y las distintas dimensiones de su malestar. Como señalan Zúñiga Coronado y Sánchez Moreno (2015), “la intervención social con mujeres debe partir del reconocimiento de su experiencia, su historia y su capacidad de transformación, y no solo de su vulnerabilidad” (p. 36).

Además, es esencial garantizar espacios terapéuticos seguros, libres de violencia y discriminación, donde las mujeres puedan construir redes de apoyo, recuperar su voz y fortalecer su autonomía. Tal y como concluye el informe Mujer y drogas, “la respuesta institucional a la violencia de género y a las adicciones debe superar la mirada

La intervención social en adicciones con perspectiva de género, un enfoque desde el Trabajo Social

asistencialista y ser capaz de ofrecer acompañamientos largos, personalizados y empáticos” (Instituto de las Mujeres, 2020, p. 29).

3. El Trabajo Social y la Intervención social en adicciones.

3.1. Conceptos/Nociones básicas (Droga, tipos de drogas, adicciones).

La adicción ha sido conceptualizada de diversas maneras a lo largo de la historia. Si bien el uso de drogas es un fenómeno antiguo, la noción de adicción como una enfermedad es relativamente reciente y tiene aproximadamente 200 años (Levine, 1978)

El término “droga” varía según fuentes y autores consultados, pero generalmente hace referencia a sustancias que, al ser introducidas en un organismo vivo, alteran el funcionamiento del sistema nervioso central y pueden generar dependencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “droga” como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible a crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (Organización Mundial de la Salud, 1969, citado en Martín del Moral et al., 1998).

La Sociedad Española de Toxicomanías (SET) considera “droga” o “sustancia psicoactiva”, legal o ilegal, a toda sustancia que, introducida en un ser vivo por cualquier vía de administración (oral, nasal, bronquial o intravenosa), varía una o más funciones del organismo en lo referente a su conducta, comportamiento, estado de ánimo o juicio. (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

La Real Academia Española (RAE) define el concepto de “droga” como cualquier sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la medicina, en la industria o en las bellas artes y que tiene efectos estimulantes, depresores o narcóticos (Real Academia Española, 2014).

Las drogas a su vez pueden clasificarse en tipos según diversos criterios, entre los que destacan sus efectos en la conducta, su procedencia u origen, estructura química, peligrosidad, impacto social y legalidad. Es importante destacar que la clasificación legal de una sustancia puede variar en función del país y del marco normativo del mismo.

Las drogas legales son aquellas sustancias cuya producción, distribución y consumo están permitidos por la ley. Ejemplos comunes pueden ser el alcohol, el tabaco y fármacos con receta médica.

Las drogas ilegales en cambio son aquellas cuya producción, distribución y consumo están prohibidos por la ley debido a sus consecuencias nocivas para la salud y a su potencial adictivo. Ejemplos de estas sustancias pueden ser la cocaína, heroína, anfetaminas, cannabis...

El consumo de sustancias puede generar adicción, también conocida como trastorno por consumo de sustancias. La adicción es una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de una sustancia, a pesar de las consecuencias adversas. Diferentes organizaciones han definido este concepto:

- American Psychiatric Association (APA): en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.), describe el trastorno por consumo de sustancias como un patrón problemático de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o malestar significativo, manifestado por al menos dos de una lista de criterios en un período de 12 meses, incluyendo el deseo persistente de reducir el consumo, el tiempo invertido en obtener la sustancia, y el uso continuado a pesar de problemas sociales o interpersonales recurrentes (American Psychiatric Association, 2013).
- Organización Mundial de la Salud (OMS): en la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª ed.), define la dependencia de sustancias como un conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentales y cognitivos en los que el uso de una sustancia o una clase de sustancias adquiere una prioridad mucho mayor para un individuo que otros comportamientos que antes tenían mayor valor (Organización Mundial de la Salud, 1992).
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA): define la adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas (National Institute on Drug Abuse, 2014).

3.2. Definición y evolución de la intervención social en adicciones

La intervención social se define como el conjunto de acciones, estrategias y programas dirigidos a prevenir, mitigar o solucionar situaciones de vulnerabilidad, exclusión social y desprotección en distintos ámbitos de la vida social (Fernández, 2018). Su objetivo es promover el bienestar y garantizar el ejercicio de derechos, brindando herramientas a las personas y colectivos en riesgo para mejorar sus condiciones de vida.

Según el Catálogo de Servicios Sociales (2020), la intervención social es un proceso estructurado que implica diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de programas dirigidos a colectivos específicos, como personas en situación de pobreza, víctimas de violencia de género, personas mayores, infancia en riesgo y personas con problemas de adicción.

En el ámbito del Trabajo Social, la intervención social se basa en principios de justicia social, equidad e inclusión, buscando generar cambios estructurales y no solo paliar las consecuencias de la exclusión (De la Red, 2017). La intervención en adicciones es una rama específica dentro de este campo, enfocada en la prevención, el tratamiento y la reinserción social de personas con consumo problemático de sustancias.

La intervención social en adicciones ha experimentado a lo largo de los años una evolución significativa, pasando de modelos punitivos y asistenciales a enfoques más integrales que abordan la problemática a través del modelo biopsicosocial. En las primeras etapas, el consumo de drogas era considerado una debilidad moral o vicio, lo que conducía a respuestas basadas en la criminalización y la exclusión social de quienes las consumían. (Pavón Benítez, 2020).

A medida que las investigaciones sobre las adicciones iban avanzando, surgieron modelos que reconocían la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo del consumo problemático de sustancias. Esta evolución permitió que se creasen estrategias de intervención más humanizadas y eficaces (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014).

Según Gutiérrez (2007), la intervención social en adicciones se define como “un conjunto de estrategias y metodologías orientadas a la prevención, tratamiento y mitigación de los efectos del consumo problemático de sustancias, abordando factores

individuales y estructurales” (p.184). Este concepto ha sido ampliado por otros autores, quienes enfatizan en la necesidad de una intervención integral que contemple la salud pública, la justicia social y los derechos humanos (Duque Betancor, 2020).

3.2.1. Evolución histórica de la intervención social en adicciones

Primera etapa: Enfoque moral y punitivo (S.XIX a mediados del S.XX)

Durante este periodo, el consumo de drogas fue percibido como un problema moral y criminal, lo que dio lugar a estrategias de intervención basadas en la represión y el castigo. En España, hasta los años 70, el consumo de drogas era sancionado judicialmente sin ofrecer alternativas terapéuticas (Torres et al., 2009).

Segunda etapa: Modelo médico-psiquiátrico.

En la década de 1950, el fenómeno de la adicción comenzó a ser reconocido como una enfermedad, surgiendo así el modelo biomédico, el cual esclarecía el consumo de sustancias como una condición crónica del cerebro. A través de este enfoque se promovía la abstinencia y uso de tratamientos farmacológicos como “cura”, aunque dejaba en un segundo plano los factores sociales y psicológicos. (American Psychiatric Association, 2013).

Tercera etapa: Modelo biopsicosocial y comunitario

A partir de los años 1980-90, la investigación científica evidenció que la adicción no podía explicarse ni comprenderse únicamente desde una perspectiva médica. Como respuesta, emergió el modelo biopsicosocial, el cual integra factores biológicos, psicológicos y socioculturales para explicar el consumo problemático de sustancias. Este modelo reconoce la influencia del entorno social en la prevención, desarrollo y mantenimiento de la adicción, enfatizando en la importancia de las intervenciones integrales. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En la actualidad, la adicción se entiende desde el modelo biopsicosocial, el cual integra variables biológicas, psicológicas y sociales en su desarrollo y mantenimiento (Zingberg, Alexander & Peele) Este enfoque reconoce que factores como la predisposición genética, la salud mental y el entorno socioeconómico influyen en la vulnerabilidad de una persona a desarrollar una adicción.

Desde una perspectiva social, las adicciones se consideran un problema que involucra a distintos actores sociales. Se ha evidenciado que el entorno familiar y social,

la información errónea sobre el consumo de sustancias y la influencia de pares juegan un papel fundamental en la iniciación y el mantenimiento del consumo.

3.3. El papel del Trabajo Social en la atención a personas con adicciones

El trabajo social desempeña un rol clave en la intervención en adicciones, permite abordar el problema desde una perspectiva integral, considerando el contexto socioeconómico, cultural y familiar del individuo. Esta disciplina ha evolucionado desde un enfoque asistencialista hacia una perspectiva de derechos y empoderamiento, promoviendo la inclusión social y el acceso equitativo a tratamientos (Instituto de las Mujeres, 2024).

Los profesionales del trabajo social intervienen en diversas áreas, incluyendo la prevención, el tratamiento y la reinserción social de las personas con adicciones. Según Fernández-Rodríguez (2021), "el trabajo social en el ámbito de las adicciones implica la intervención directa con personas afectadas, la coordinación con otros profesionales y la participación en el diseño de políticas públicas" (p. 45). Esta labor requiere una comprensión profunda de los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el consumo de sustancias y que pueden condicionar el acceso a los recursos de salud y asistencia. (Fernández Rodríguez, 2021).

Entre las funciones principales del trabajo social en el ámbito de las adicciones se encuentran:

- Evaluación y diagnóstico social: identificación de las necesidades y recursos de la persona en su contexto, permitiendo diseñar intervenciones personalizadas (Rodríguez Kuri et al., 2015).
- Diseño de programas de intervención: desarrollo de estrategias adaptadas a las características específicas de cada individuo y su entorno, promoviendo su bienestar y autonomía (Rodríguez Kuri et al., 2015).
- Prevención y educación: implementación de programas educativos que informen sobre los riesgos del consumo de sustancias y promuevan estilos de vida saludables (Pavón Benítez, 2020).

- Apoyo y acompañamiento: provisión de soporte emocional y práctico durante el proceso de recuperación, facilitando el acceso a recursos y servicios necesarios (Rodríguez Kuri et al., 2015).
- Abogacía y derechos humanos: defensa de los derechos de las personas con adicciones, luchando contra el estigma y promoviendo políticas inclusivas que favorezcan su reintegración social (Markez Alonso & Silvosa Rodríguez, 2012).

En el contexto de género, se ha identificado que las mujeres enfrentan barreras específicas en el acceso y permanencia en los programas de tratamiento. Factores como el estigma social, la doble carga de trabajo (doméstico y remunerado) y la medicalización de la salud mental femenina influyen en su relación con el consumo de sustancias y la búsqueda de ayuda. Datos recientes indican que las mujeres consumen en mayor proporción hipnosedantes y opioides, reflejando patrones de consumo diferenciados respecto a los hombres (Instituto de las Mujeres, 2024).

3.4. Modelos tradicionales de intervención en adicciones

Los diferentes modelos de intervención en adicciones tratan de explicar y abordar el consumo de sustancias a través de diferentes perspectivas. Según Gutiérrez (2007), pueden agruparse en cuatro enfoques fundamentales, tomando como referencia la clasificación de Cano et al. (1991); modelo médico-sanitario, modelo sociocultural, modelo biopsicosocial y modelo de reducción de daños.

El modelo médico-sanitario considera que las drogas actúan como el principal agente causal de los efectos nocivos para la salud del consumidor, quien es concebido como un enfermo que requiere tratamiento y rehabilitación (Gutiérrez, 2007). Desde esta perspectiva, el abordaje se centra en la desintoxicación, la rehabilitación médica y la intervención psiquiátrica, siendo la abstinencia el objetivo principal. Este enfoque ha dado lugar a la creación de unidades de desintoxicación hospitalaria, programas de sustitución con metadona y tratamientos farmacológicos para el control del síndrome de abstinencia (Docta UCM, 2024, p.226).

El modelo sociocultural subraya los factores socioeconómicos y ambientales que influyen en el consumo de drogas. Según este enfoque, el abuso de sustancias se relaciona con consecuencias estructurales como: pobreza, desempleo, falta de acceso a la educación

y exclusión social (Gutiérrez, 2007). Este modelo promueve la intervención a través de las políticas de prevención, acciones comunitarias y programas de integración social, buscando modificar los entornos en los que las personas desarrollan su conducta de consumo. (Docta UCM, 2024).

El modelo biopsicosocial enfatiza en la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen y mantenimiento del consumo de drogas. Según Gutiérrez (2007), este modelo destaca la importancia de la relación entre la sustancia, la persona y el entorno, considerando la adicción como el resultado de múltiples factores. Se analiza la influencia de la genética, la personalidad del individuo y las presiones grupales en el inicio y mantenimiento del consumo (Docta UCM, 2024). Este modelo ha sido la base para el desarrollo de estrategias de intervención social multidimensionales y transversales, que incluyen terapias cognitivo-conductuales, apoyo psicosocial, intervenciones comunitarias y reducción de daños. (Gutiérrez, 2007).

Por último, el modelo de reducción de daños que, aunque no se encuentra incluido en la clasificación original de Cano et al. (1991), en los últimos años ha cobrado especial relevancia. Este busca minimizar los riesgos asociados al consumo sin exigir la abstinencia total. Mediante este enfoque se promueven estrategias como los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de consumo supervisados y la prescripción controlada de sustancias como la metadona. (Docta UCM, 2024).

4. La intervención en adicciones con perspectiva de género en la actualidad.

En los últimos años, se ha reconocido la importancia de incorporar la perspectiva de género en la intervención en adicciones, ya que las mujeres presentan patrones de consumo y barreras de acceso a los tratamientos diferentes a los de los hombres. Según el Plan Nacional sobre Drogas (2019), "la falta de una perspectiva de género en los programas de atención ha llevado a respuestas ineficaces y a una invisibilización de las necesidades específicas de las mujeres con adicciones" (p. 42).

Las mujeres con problemas de consumo suelen enfrentar mayores estigmas sociales, lo que limita su acceso a los servicios de tratamiento. Además, son más propensas a experimentar violencia de género, dificultades económicas y falta de apoyo familiar, factores que agravan su vulnerabilidad (RIOD, 2022).

4.1. Características del consumo de sustancias en mujeres.

El consumo de drogas en mujeres presenta unas características particulares y complejas que lo diferencian significativamente del de los hombres, tanto en lo relativo a las causas, los patrones de consumo, las sustancias utilizadas, como en las consecuencias personales, sociales y sanitarias. Estas diferencias no son individuales, sino que están condicionadas por los roles de género, las desigualdades estructurales y la construcción sociocultural de la feminidad.

Motivaciones del consumo: causas profundamente ligadas a lo emocional.

Uno de los aspectos clave que diferencia el consumo de sustancias entre mujeres y hombres es la motivación que impulsa ese consumo. Según el informe Hombres, mujeres y drogodependencias del Plan Nacional sobre Drogas, las mujeres tienden a iniciarse en el consumo como respuesta a situaciones de sufrimiento emocional, traumas, violencias vividas o malestar psicológico (Fundación Atenea, 2016). En muchos casos, estas situaciones están relacionadas con experiencias de violencia de género, abuso sexual, exclusión social o sobrecarga por roles de cuidado.

Frente a ello, los hombres suelen asociar el inicio del consumo a motivos recreativos, experimentales o relacionados con el grupo de iguales. Así, mientras que en

los hombres predomina un modelo de consumo público y social, en las mujeres es más frecuente un consumo oculto, privado e íntimo, que dificulta tanto su detección como el acceso temprano a los recursos de atención.

Sustancias más consumidas: la medicalización del malestar.

Otro aspecto diferenciador importante es el tipo de sustancias que consumen las mujeres. Diversos estudios señalan una mayor prevalencia del consumo de hipnosedantes y psicofármacos en mujeres, muchas veces bajo prescripción médica, lo que se vincula a la medicalización del sufrimiento psicosocial femenino. En este sentido, la gestión del malestar emocional en mujeres ha estado históricamente tratada desde la psiquiatría, sin atender las causas estructurales del sufrimiento (Fundación Atenea, 2016; Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Los hombres, por el contrario, presentan un mayor consumo de sustancias ilegales como cannabis, cocaína o alcohol en contextos de ocio. Sin embargo, es importante señalar que estas diferencias están empezando a reducirse entre los y las jóvenes, debido a una mayor permisividad social hacia el consumo femenino.

Trayectorias de consumo y relaciones afectivas.

En el caso de las mujeres, las trayectorias de consumo están fuertemente vinculadas a relaciones afectivas de dependencia, en las que la pareja juega un papel clave en la introducción o mantenimiento del consumo. En muchos casos, las mujeres comienzan a consumir sustancias en contextos marcados por relaciones de poder desiguales o incluso coercitivas. Esto refuerza su vulnerabilidad y las expone a dinámicas de control y violencia.

Por el contrario, los hombres suelen tener trayectorias más autónomas y menos atravesadas por la dependencia emocional, aunque sí influenciadas por la presión del grupo o la búsqueda de estatus.

Consecuencias sociales diferenciadas.

Las consecuencias del consumo también difieren por género. En el caso de las mujeres, el estigma asociado al consumo es mucho más fuerte, especialmente cuando se trata de mujeres madres. Este estigma puede traducirse en el rechazo social, la pérdida de la custodia de los hijos, la ruptura de vínculos familiares y una mayor dificultad para solicitar ayuda (Fundación Atenea, 2016).

Además, las consecuencias sociales del consumo pueden llegar a extremos como la prostitución de supervivencia, la exposición a relaciones abusivas o la implicación en redes de trata. Estas situaciones son mucho menos comunes entre los hombres consumidores, que, como mucho, suelen enfrentar consecuencias como el endeudamiento, problemas laborales o legales, pero sin el mismo nivel de vulnerabilidad social.

Perfil general de las mujeres consumidoras.

Según los datos recogidos en el documento del PNSD (Fundación Atenea, 2016), se puede trazar un perfil común de las mujeres con problemas de adicción:

- Inician el consumo en edades similares a los hombres, pero con más retraso en el acceso a tratamiento.
- Suelen consumir en la intimidad, de forma solitaria, con fines de evasión.
- Presentan mayores niveles de malestar emocional, depresión y ansiedad.
- En muchos casos, tienen hijos/as a cargo o han perdido la custodia.
- Son más propensas a haber sufrido violencia física, sexual o psicológica.
- Tienen menos apoyo social y redes de contención.
- Presentan más dificultades para mantener la adherencia al tratamiento por responsabilidades de cuidado y barreras económicas y sociales.

Tabla1. Diferencias de género en consumo de sustancias: características, motivaciones y consecuencias.

DIMENSIÓN	MUJERES	HOMBRES
Inicio del consumo	Misma edad o más tardía, frecuentemente por experiencias traumáticas, violencia de género, influencia de la pareja...	Edad más temprana, mayor influencia del grupo de iguales, ocio...
Sustancias más consumidas	Hipnosedantes, ansiolíticos, alcohol...	Cannabis, cocaína, alcohol...
Lugar de consumo	Espacios privados, en muchas ocasiones en soledad.	Espacios públicos, sociales o recreativos de ocio.
Motivación principal	Evasión emocional, afrontamiento del malestar, experiencias traumáticas...	Búsqueda de placer, presión grupal, curiosidad...
Progresión hacia la adicción	Más rápida (curso telescópico)	Más lenta.
Estigmatización social	Alta, especialmente si es madre.	Menor estigmatización en general.
Salud mental asociada	Alta comorbilidad o patología dual: ansiedad, depresión, TLP	Trastornos más externalizados: impulsividad, agresividad, TDAH
Consecuencias sociales del consumo	Mayor riesgo de prostitución, explotación sexual o pérdida de custodia en caso de tener hijos.	Endeudamiento, problemas laborales o judiciales.
Impacto institucional	Miedo a perder la custodia de sus hijos, invisibilización, menor acceso a recursos.	Mayor apoyo y visibilidad institucional.

Fuente: Elaboración propia.

Necesidad de una intervención diferenciada

Estas diferencias hacen imprescindible la incorporación de una perspectiva de género en todos los dispositivos de prevención, tratamiento y reinserción, ajustando la atención a las necesidades específicas de las mujeres consumidoras. Tal como señala el documento del PNSD, “los dispositivos de atención no pueden ser neutros al género; deben adaptarse a las trayectorias, roles y vivencias diferenciadas de hombres y mujeres” (Fundación Atenea, 2016, p. 38).

Tabla 2. Análisis comparativo de género en los principales aspectos del tratamiento en adicciones.

ASPECTOS DEL TRATAMIENTO	MUJERES	HOMBRES
Acceso a tratamiento	Menor, por estigma, maternidad o violencia.	Mayor facilidad de acceso.
Adherencia al tratamiento	Afectada por cargas familiares y miedo a la institucionalización.	Mayor constancia y seguimiento
Diseño de los programas	Escasos programas específicos con enfoque de género y escasos profesionales del ámbito sensibilizados.	Mayor adecuación y conocimiento del perfil de consumo.
Atención a la violencia	Frecuentemente no detectada o no abordada	Poco frecuente o menos visible.
Necesidades específicas	Requiere de apoyo emocional, atención a la maternidad, historia de trauma. Intervenciones con perspectiva de género. Las necesidades son diferentes.	Enfoques más conductuales o educativos.
Redes de apoyo	Más debilitadas, riesgo de aislamiento social, casos de soledad.	Mayor red de apoyos, amigos o familiares, en muchos casos suele ser una mujer.

Fuente: elaboración propia.

Incorporar la perspectiva de género en el ámbito del consumo de sustancias permite que se tengan los puntos de vista de las mujeres consumidoras. También supone cuestionar los modelos epidemiológicos basados en las diferencias por sexo y prestar atención a las circunstancias de las mujeres en los contextos de consumo y abuso de drogas. En cualquier análisis, estrategia o acción que se lleve a cabo debe considerarse el género como un factor clave.

4.2. Principales factores de riesgo y vulnerabilidad asociados al consumo en mujeres.

El consumo de drogas en mujeres está determinado por una serie de factores de riesgo específicos que difieren de los de los hombres, tanto en términos biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores no solo afectan la vulnerabilidad al consumo, sino también la adherencia al tratamiento y la posibilidad de recaídas (Mittag & Grande, 2008). Entre los factores más relevantes se encuentran;

Violencia de género y consumo de drogas

Existe una fuerte correlación entre la violencia de género y el consumo de sustancias en mujeres. Muchas de ellas utilizan las drogas como un mecanismo de afrontamiento ante experiencias de abuso físico, psicológico o sexual (Gueta, 2017).

Según Llorca et al. (2013), “las mujeres drogodependientes presentan una alta prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja, lo que dificulta la ruptura con el consumo y perpetúa el círculo de la dependencia” (p. 23).

Estigma social y barreras de acceso a tratamiento

Las mujeres consumidoras de sustancias enfrentan una doble penalización: por consumir drogas y por no cumplir con los roles de género tradicionales. Este estigma social genera miedo a la discriminación y a la pérdida de la custodia de los hijos, lo que limita su acceso a programas de tratamiento (Hser et al., 2003). Las investigaciones señalan que las mujeres tienen más probabilidades de esconder su consumo, lo que retrasa el diagnóstico y la intervención (Reed, 1987). Como consecuencia, cuando buscan ayuda, su adicción suele estar más avanzada, lo que complica el tratamiento y reduce la tasa de éxito (Márquez & Lorenzo, 2016).

Consumo de drogas y maternidad

El miedo a perder la custodia de los hijos es una de las principales razones por las que las mujeres no buscan ayuda en centros de rehabilitación (Ashley et al., 2003). Además, los programas de tratamiento no suelen estar diseñados para mujeres con hijos, lo que dificulta su participación. Llorca et al. (2013) señalan que “las mujeres con hijos tienen menos probabilidades de ingresar a tratamientos, y cuando lo hacen, enfrentan mayores dificultades para mantener la adherencia” (p. 24).

Problemas de salud mental y adicciones

Las mujeres consumidoras de drogas presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático que los hombres (Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016). Estas afecciones pueden ser desencadenantes del consumo o consecuencias de este, lo que crea un círculo vicioso difícil de romper.

Según la OMS (2020), "las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar comorbilidades psiquiátricas relacionadas con el consumo de drogas, lo que impacta en su recuperación y adherencia al tratamiento" (p. 34).

Drogas y prostitución

Existe una relación significativa entre el consumo de drogas y la prostitución, ya que muchas mujeres en situación de vulnerabilidad recurren a esta práctica para financiar su adicción o como resultado de redes de trata y explotación sexual (Gueta, 2017). La falta de alternativas laborales y el abuso sistemático en el contexto de la prostitución dificultan la salida del consumo. Como señala Hansen et al. (2020), "las mujeres en situación de prostitución tienen tasas significativamente más altas de consumo de drogas intravenosas y de enfermedades de transmisión sexual" (p. 45).

Las diferencias de género en el impacto del consumo de drogas abarcan factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la manera en que mujeres y hombres desarrollan la adicción y responden al tratamiento (Cardoso et al., 2020).

Diferencias biológicas: Las mujeres son más vulnerables a los efectos neurobiológicos y fisiológicos de las drogas, lo que las lleva a desarrollar dependencia con menor cantidad de consumo y en menos tiempo en comparación con los hombres (Mittag & Grande, 2008).

Diferencias psicológicas y emocionales: Las mujeres consumidoras de drogas tienden a desarrollar mayor dependencia emocional hacia sus parejas consumidoras, lo que dificulta su recuperación y aumenta el riesgo de recaídas (Covington, 2008, en Ruiz-Olivares & Chulkova, 2016).

Diferencias en el acceso y permanencia en tratamiento: las mujeres tienen menos acceso a los programas de rehabilitación y mayor tasa de abandono que los hombres. Esto se debe a múltiples factores, incluyendo la falta de servicios adaptados a sus necesidades, el miedo a la estigmatización y la ausencia de redes de apoyo (Jeifetz & Tajer, 2010).

Según Cantos (2016), "las mujeres enfrentan una doble estigmatización que limita su acceso al tratamiento y las coloca en una posición de vulnerabilidad social" (p. 50).

4.3. Barreras de acceso y permanencia/adherencia a los tratamientos.

El acceso, la permanencia y la adherencia a los tratamientos de drogodependencias no son procesos universales ni neutros al género. Las mujeres que consumen sustancias se enfrentan a obstáculos específicos que responden a construcciones sociales, limitaciones institucionales y desigualdades estructurales, las cuales afectan no solo a su decisión de iniciar un tratamiento, sino también a su capacidad para sostenerlo en el tiempo y para completarlo con éxito.

En las últimas décadas, diferentes estudios han evidenciado cómo las trayectorias de consumo y recuperación de las mujeres se encuentran marcadas por experiencias diferentes respecto a los hombres, lo que exige una revisión crítica de los servicios existentes y una transformación de las prácticas profesionales (Fundación Atenea, 2016; Instituto de las Mujeres, 2020).

Barreras de acceso: una exclusión estructural.

El estigma social y el juicio moral son unas de las barreras más potentes y persistentes. Las mujeres con adicciones son objeto de una doble penalización: por consumir drogas y por no cumplir con los preceptos tradicionales del rol de género, especialmente relacionados con la maternidad y los cuidados (Gueta, 2017). Esta presión social genera sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo y una fuerte autculpabilidad que suele provocar que retrasen la búsqueda de ayuda, oculten el consumo o desistan del tratamiento por temor a ser juzgadas o perder la custodia de sus hijos (Llort, Pujol & Solé, 2013; Ashley, Marsden & Brady, 2003).

Los modelos de atención masculinizados son otra de las barreras más resistentes. Los dispositivos de tratamiento han sido históricamente diseñados en base a patrones de consumo masculino, sin tener en cuenta las experiencias femeninas ni sus necesidades específicas. Muy pocos centros ofrecen una atención adaptada a mujeres que son madres, han sufrido violencia de género o presentan problemas de salud mental asociados (Instituto de las Mujeres, 2020). Esta falta de adecuación de los servicios produce una desconexión entre la intervención que se ofrece y la realidad de las usuarias, limitando el acceso y debilitando el vínculo terapéutico (Hansen, López & Ruiz, 2020).

Por último, la violencia de género y la falta de espacios seguros actúan como una barrera crítica que impide el acceso o genera el abandono precoz de los tratamientos (CEDOA, 2024). Un alto porcentaje de mujeres consumidoras han sufrido violencia de género, antes durante o como consecuencia del consumo (Caldentey et al., 2019). Sin embargo, muchos servicios de atención a drogodependencias no cuentan con protocolos adecuados para la detección, protección y atención integral de esta violencia, lo que produce entornos asistenciales inseguros o revictimizantes.

Adherencia terapéutica: factores que la debilitan.

La adherencia terapéutica hace referencia al nivel de implicación que una persona mantiene con el proceso de tratamiento: asistencia regular, participación activa, cumplimiento de pautas terapéuticas y permanencia durante el tiempo recomendado. En el caso de las mujeres, existen factores que dificultan seriamente esta adherencia.

Los problemas de salud mental no abordados. La alta comorbilidad, entre consumo y problemas de salud mental como ansiedad, depresión, estrés postraumático y trastornos de la personalidad son comunes en mujeres, especialmente cuando han sido víctimas de abuso o violencia (OMS, 2020). Sin embargo, muchos recursos tratan el consumo de forma aislada, sin integrar un abordaje psicosocial completo. Esto limita el impacto terapéutico y aumenta el riesgo de recaídas, siendo una de las causas principales de abandono.

La carga de cuidados y precariedad. Las mujeres dedican más tiempo a los cuidados no remunerados, lo que limita su disponibilidad para poder asistir de manera regular a los tratamientos, especialmente si se trata de tratamientos de carácter residencial o requieren de un compromiso prolongado en el tiempo (Fundación Atenea, 2016). En muchas ocasiones la falta de alternativas de cuidado infantil, de horarios flexibles o el miedo a perder la custodia de los hijos lleva a las mujeres a abandonar voluntariamente el tratamiento o a ni siquiera intentarlo, ya que muchas deben elegir entre cuidar o cuidarse.

Además, las mujeres en situación de pobreza o exclusión social enfrentan dificultades materiales/económicas para sostener el tratamiento: acceso a alimentos, transporte, higiene, acceso a terapias online, entre otros (Ashley et al., 2003).

El rechazo a entornos mixtos mal estructurados y experiencias revictimizantes. Los programas mixtos, donde conviven mujeres y hombres en tratamiento, pueden generar inseguridad, malestar o incluso nuevas formas de violencia o control, en algunos casos. Aunque tradicionalmente se ha interpretado que las mujeres rechazan los entornos mixtos, diversos estudios recientes matizan esta visión: el conflicto no radica necesariamente en la convivencia con varones, sino en la ausencia de condiciones adecuadas para que esa convivencia sea segura, equitativa y respetuosa (Hansen, López & Ruiz, 2020).

Muchas mujeres no encuentran en los programas mixtos espacios en los que expresarse sin miedo al juicio o al acoso, especialmente si han vivido experiencias previas de violencia machista. Esto no significa que deseen tratamiento segregados, sino tratamientos sensibles a las diferencias de género, que incluyan protocolos contra la violencia, personal formado en enfoque de género y actividades específicas que aborden sus vivencias diferenciadas (CEDOA, 2024). Siendo esto otra de las causas que provocan la desmotivación y el abandono de tratamientos de muchas mujeres.

Factores del abandono del tratamiento.

El abandono de los programas o servicios de tratamiento no debe interpretarse como una falta de motivación individual, sino como una consecuencia natural a sistemas de atención que no reconocen las diferencias de la experiencia femenina. Diferentes investigaciones han demostrado que los recursos de atención han sido diseñados a lo largo de la historia mediante un enfoque neutro al género, sin tener en cuenta las trayectorias vitales, los roles sociales ni las circunstancias específicas que atraviesan muchas de las mujeres participantes en los programas (Llort et al., 2013; González Arias, 2020). Los principales factores son:

- Falta de adaptación del tratamiento a la vida cotidiana de las mujeres.
- Miedo a ser denunciadas, institucionalizadas o a perder la custodia de sus hijos.
- Carencia o ausencia de redes de apoyo emocional.
- Revictimización institucional en los recursos o por parte de los profesionales.
- Problemas o privaciones materiales o económicas (transporte, higiene, alimentación, vivienda).
- Invisibilización de la violencia o la salud mental en los proyectos (Llort et al., 2013; Fundación Atenea, 2016).

Las consecuencias del abandono son múltiples, entre ellas se pueden destacar el empeoramiento del estado de salud física y mental, la cronificación del consumo, mayor exposición a entornos violentos o explotación, y una profundización del aislamiento social. Por ello, las intervenciones deben priorizar la prevención del abandono de las intervenciones, mediante:

- Un acompañamiento terapéutico continuo y flexible, con horarios adaptados, modalidades ambulatorias y proyectos que tengan en cuenta los contextos diversos (Instituto de las Mujeres, 2021).
- Intervención desde el primer contacto a través de una perspectiva de género, sensibles a la violencia de género, las desigualdades sociales y las narrativas femeninas en torno al consumo (González Arias, 2020).
- Coordinación interinstitucional con servicios sociales, judiciales y de salud mental, y otros recursos en caso de ser necesarios, que permitan una atención integral e intersectorial (PNSD, 2018).
- Acompañamiento comunitario y redes de apoyo entre mujeres, que generan vínculos significativos, contención emocional y sentido de pertenencia. (Fundación Atenea, 2016).
- Espacios seguros, empáticos y centrados en la escucha activa.
- El fortalecimiento de este tipo de intervenciones y prácticas profesionales no solo favorece la permanencia, sino que también mejora los resultados terapéuticos y reduce el riesgo de recaídas.

Estas estrategias no solo favorecen la permanencia en el tratamiento, sino que también mejoran los resultados terapéuticos, previenen recaídas y reducen el riesgo de cronificación. La inclusión del enfoque de género en las intervenciones resulta un factor de tipo determinante para asegurar su eficacia y sostenibilidad a largo plazo (Instituto de las Mujeres, 2021).

Las dificultades que enfrentan las mujeres con adicciones para acceder y mantenerse en tratamiento no son accidentales, sino producto de una sociedad desigual y un sistema de salud que no ha atendido sus necesidades. Para mejorar esto, es necesario un cambio profundo en el enfoque, incluyendo la formación de los profesionales, el diseño de los espacios, los protocolos y las dinámicas de poder, con el fin de crear tratamientos más inclusivos y efectivos.

5. El modelo biopsicosocial en el Trabajo Social en adicciones con perspectiva de género.

La intervención en adicciones ha ido evolucionando a lo largo de los años, desde modelos reduccionistas enfocados en el control del consumo o en la modificación de la conducta, hacia paradigmas más amplios que reconocen la complejidad del fenómeno de las adicciones. En este contexto, el modelo biopsicosocial se ha consolidado como enfoque predominante en el tratamiento de las adicciones, al interaccionar los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el origen, mantenimiento y recuperación del consumo problemático (Engel, 1997).

No obstante, pese a que este modelo ha supuesto un avance importante respecto a los enfoques tradicionales, su aplicación práctica continúa teniendo una visión imparcial en relación al género, olvidando la influencia de las desigualdades de tipo estructural y los condicionantes sociales que afectan de manera concreta a las mujeres. La evidencia científica y profesional ha demostrado que las trayectorias de consumo en mujeres están fuertemente influenciadas por factores ya mencionados anteriormente, los cuales no han sido lo bastante abordados dentro del modelo convencional.

La incorporación del enfoque de género resulta imprescindible para asegurar una atención integral en los servicios de drogodependencias, superando la imparcialidad de los modelos tradicionales (Adicciones en Mujeres, s. f.). Siguiendo esta misma línea, desde el ámbito profesional se afirma que no se trata de generar un modelo nuevo, sino de revisar y ampliar el actual modelo biopsicosocial, incorporando al mismo una mirada crítica y de género que sí tenga en cuenta las desigualdades mencionadas (Arredondo, 2021). Además, los profesionales también advierten que la atención integral y personalizada desde el modelo biopsicosocial, complementada con un enfoque de género, es esencial para atender a mujeres en situación de vulnerabilidad (Proyecto Hombre, 2023).

5.1. Fundamentos del modelo biopsicosocial: aplicación actual en adicciones.

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998). Esta nueva definición supuso una ruptura conceptual con los enfoques biomédicos que habían dominado la medicina durante décadas. Esta nueva idea abrió paso al desarrollo de modelos más integrales, como el modelo biopsisocial, propuesto por George L. Engel en 1977, quién lo formuló como una respuesta alternativa al paradigma predominante. Este autor argumentó que para comprender la salud y la enfermedad resultaba necesario tener en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también los factores psicológicos y sociales que influyen en la experiencia del paciente/usuario. Así el modelo biopsicosocial entiende al individuo como un ser complejo cuya salud es el producto de la interacción dinámica entre sus características biológicas, sus procesos mentales y el contexto sociocultural en el que se desarrolla (Apud & Romaní, 2016).

Esta perspectiva ha sido de especial relevancia en el campo de las adicciones, donde las limitaciones del modelo biomédico (que reducen el problema a nivel neurobiológico) han sido ampliamente criticadas. Actualmente es considerablemente aceptado por los especialistas en adicciones que existen factores de riesgo, de protección y de vulnerabilidad que actúan no solo a nivel cerebral, sino también a nivel psicológico y social (Apud & Romaní, 2016). En este nuevo paradigma, el centro del problema deja de ser la sustancia y pasa a ser la persona y su relación con el entorno cultural e histórico, con especial atención a sus vínculos afectivos y sociales. (Preciado Duarte & Díaz Martínez, 2017).

Desde este nuevo marco, las adicciones dejan de comprenderse como un fenómeno de una única dimensión, y empiezan a refundirse como el resultado de múltiples interacciones. Esta mirada tripolar (formada por tres polos/ejes) fue desarrollada con especial énfasis por Norman Zinberg un psicoanalista y psiquiatra estadounidense, quien planteó que el consumo de drogas no solo depende de las propiedades farmacológicas de la sustancia, sino también de las características personales de la persona consumidora y del contexto sociocultural en que se produce el consumo. A través de estudios sobre el consumo de heroína en soldados estadounidenses, Zinberg en el año 1972, evidenció que el contexto social influía de manera decisiva en la continuidad

del consumo; al regresar del frente, muchos soldados abandonaban el uso de la sustancia, lo que cuestionaba las teorías de dependencia puramente biológica.

Los componentes del triángulo de Zinberg permiten operacionalizar las tres dimensiones del modelo biopsicosocial:

- **Droga:** se refiere la sustancia en sí, su intensidad, su dosis, la vía de administración y los efectos farmacológicos. Esta dimensión se comparte con el modelo biomédico.
- **Persona:** incluye variables como la personalidad, la autoestima, impulsividad, motivación y estado emocional. La persona deja de ser un receptor pasivo y se convierte en agente activo que interpreta, justifica o habitúa su consumo.
- **Ambiente:** abarca factores de tipo familiares, comunitarios, económicos, educativos, ideológicos y culturales. En esta dimensión se incluyen redes de apoyo, vínculos, normas sociales y condiciones materiales de existencia.

Estos aportes fueron reforzados por las investigaciones del psicólogo Bruce Alexander a través de su experimento “Rat Park” (1978), en el que demostró que las ratas en entornos enriquecidos preferían consumir agua en lugar de morfina, en oposición a aquellas que se encontraban enjauladas en aislamiento que preferían sistemáticamente la droga. Cuando las ratas previamente dependientes fueron trasladadas a un ambiente social estimulante, disminuyeron considerablemente su consumo, incluso mostrando síntomas leves de abstinencia. Esto subrayó la influencia del entorno en el origen y mantenimiento de la adicción, y la importancia del vínculo social como factor protector (Alexander, 2008).

Como recapitulación de estos enfoques, Pastor y López Latorre (1993) identifican tres dimensiones clave en el consumo problemático:

- **Biológica:** factores genéticos, neuroquímicos y fisiológicos.
- **Psicológica:** personalidad, historia afectiva, procesos cognitivos, autoestima, motivaciones.
- **Social:** estilo de vida, entorno familiar, situación económica, dinámicas culturales y de género.

Este enfoque requiere también una reconfiguración en la intervención terapéutica y comunitaria. Sixto-Costoya y Arroyo (2018) destacan que desde la perspectiva

biopsicosocial se propone una intervención interdisciplinar y contextualizada, que recupere los territorios comunitarios, fomente redes de apoyo y aborde los determinantes estructurales de las adicciones. Esto supone no solo tratar los síntomas individuales, sino intervenir sobre las condiciones sociales, educativas, económicas y familiares que los perpetúan.

En consecuencia, el modelo biopsicosocial aplicado a las adicciones a sustancias propone acciones integrales y diferenciadas:

- Generales: mejorar las condiciones de vida, apoyo familiar, cohesión comunitaria, el acceso a servicios básicos.
- Específicas: intervenciones educativas, fortalecimiento de habilidades personales y sociales, reducción de riesgos y daños, desarrollo de habilidades asertivas y autocontrol.

La prevención, bajo este paradigma, pasa del ámbito sanitario al de la salud mental y comunitario, priorizando la prevención primaria mediante políticas de tipo educativas, e intervenciones psicológicas y sociales antes que medidas clínicas o legales (Peláez & Romaní, 2016; Levin, 2016).

Este modelo, consolidado progresivamente desde los años 60 y 70, sigue siendo hoy un referente teórico y práctico fundamental para comprender y abordar las adicciones desde una perspectiva integradora, humanista y situada.

5.2. La perspectiva de género como ampliación del modelo biopsicosocial.

La incorporación de la perspectiva de género en el área de salud, y más específicamente, en el modelo biopsicosocial, no surge de manera abrupta ni en una fecha determinada, sino que se va consolidando de forma progresiva por medio de diversos acontecimientos históricos, políticos y académicos, impulsados principalmente por los movimientos feministas, los estudios de género y una crítica sistemática a la visión androcéntrica de la medicina y las ciencias de la salud.

El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel, significó un avance frente al reduccionismo biomédico de la época, sin embargo, su aplicación ha tendido a mantener una visión androcéntrica o neutra respecto al género, sin considerar las desigualdades

estructurales que afectan de manera diferente a hombres y mujeres en el contexto del consumo de sustancias (Apud & Romaní, 2016).

Incorporar la perspectiva de género al modelo biopsisocial implica reconocer que las mujeres afrontan trayectorias de consumo influenciadas por factores como la violencia de género, la sobrecarga de cuidados, precariedad económica... lo que las posiciona en un lugar de mayor vulnerabilidad frente a las adicciones (*Portal Plan Nacional sobre Drogas - Plan de Acción sobre Drogas*, 2022). De esta manera, el género no se incorpora como una categoría aislada, sino como una dimensión estructurante en cada uno de los tres factores del modelo.

El género como categoría transversal: interacción con los factores del modelo.

- Biológico: desde una mirada sensible al género, se reconoce que las mujeres presentan diferencias biológicas en la asimilación física de ciertas sustancias, en la respuesta neurobiológica al consumo e incluso en los efectos secundarios de tratamientos farmacológicos (OMS, 2010). Estas diferencias, tradicionalmente invisibilizadas en investigaciones centradas en hombres, tienen consecuencias clínicas importantes, como, por ejemplo; la mayor rapidez con la que las mujeres pueden desarrollar dependencia o sufrir daños hepáticos o cardiovasculares ocasionados por el consumo. (Gomberg, 1993, citado en Sixto – Costoya & Arroyo, 2018).
- Psicológico: las experiencias subjetivas de las mujeres en situación de consumo están determinadas por su historia de vida, sus vínculos afectivos y las violencias sufridas. Es frecuente que el consumo esté ligado a estrategias de afrontamiento ante experiencias traumáticas, como maltrato, abusos sexuales, en mayor medida que en hombres (Proyecto Hombre, 2023). A su vez, los sentimientos predominantes con los que tienden a identificarse las mujeres consumidoras son de culpa, vergüenza y estigma social, lo que impacta directamente en su motivación para acceder a los recursos terapéuticos (Apud & Romaní, 2016).
- Social: el género condiciona profundamente los entornos sociales en los que se desenvuelven las mujeres consumidoras. Muchas de ellas se enfrentan a una doble exclusión; por ser mujeres y por consumir sustancias. Lo que limita su acceso a redes de apoyo, recursos laborales y vivienda (FEMP, 2021). Además, los mandatos de género que las sitúan como principales cuidadoras pueden dificultar

el inicio y la continuidad en los procesos de tratamiento (*Portal Plan Nacional sobre Drogas - Estrategia Nacional sobre Adicciones*, 2021).

Algunos de los avances institucionales; de la neutralidad a la transversalidad

En las últimas décadas, diferentes instituciones y entidades han promovido la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas sobre drogas. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017–2024 reconoce explícitamente que las mujeres consumidoras presentan necesidades específicas que deben abordarse mediante un enfoque de género, transversal y equitativo (*PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-24*, 2022). En este contexto, se promueve que los servicios de atención a las adicciones diseñen intervenciones diferenciadas, que contemplen aspectos como la maternidad, la violencia de género, y los factores sociales que perpetúan la desigualdad.

En consonancia con este enfoque, entidades pertenecientes al tercer sector como la Fundación Instituto Spiral han desarrollado programas específicos para mujeres con consumo problemático de sustancias. Uno de los ejes centrales de su abordaje es precisamente la transversalidad de género en todas las fases de intervención (*Adicciones en Mujeres*, fundación Spiral s. f.). Esto se traduce en la atención simultánea a las necesidades emocionales, sociales y materiales de las mujeres, incluyendo medidas de protección frente a violencias, apoyo en la crianza, y/o procesos de empoderamiento personal.

Reconfiguración de la intervención: hacia un modelo biopsicosocial con enfoque de género.

Una lectura crítica del modelo biopsicosocial desde la perspectiva de género propone, en definitiva, una ampliación metodológica y epistemológica. Por lo que no se trata de sustituir el modelo, sino de cuestionar su pretendida neutralidad y enriquecerlo con herramientas capaces de responder a las realidades específicas de las mujeres (Apud & Romaní, 2016).

Esto implica desarrollar e implementar:

- Evaluaciones interseccionales, que analicen cómo el género se cruza o relaciona con otros ejes como la clase social, la edad, la etnia o la orientación sexual.
- Intervenciones que añadan recursos de atención de salud mental, programas de atención a la violencia y programas de apoyo de cuidado infantil.

- Prevención comunitaria orientada a transformar las normas sociales discriminatorias y a generar entornos protectores desde la infancia y adolescencia.
- Formación especializada, para dotar a los equipos profesionales de herramientas prácticas que les permitan incorporar la perspectiva de género en su día a día (Arredondo, 2021).

La relectura del modelo biopsicosocial desde una perspectiva feminista permite también desmedicalizar ciertos comportamientos femeninos que a lo largo de la historia han sido entendidos como síntomas clínicos sin tener en cuenta el contexto social y ni el estructural que los produce. Por ejemplo, los altos niveles de ansiedad, depresión o trastornos disociativos en mujeres con consumo problemático, en muchas ocasiones, no son meramente manifestaciones individuales, sino respuestas a vivencias traumáticas vinculadas a violencias estructurales o relacionales (Oliver & Valls, 2020).

La perspectiva de género, por tanto, enriquece el modelo biopsicosocial al introducir el análisis del poder, de las jerarquías sociales y del patriarcado como elementos constitutivos de la salud y la enfermedad. No se trata solo de identificar diferencias entre mujeres y hombres, sino de analizar cómo el sistema de género condiciona el acceso a derechos, al cuidado y al bienestar. Este enfoque ha sido especialmente relevante en el campo de las adicciones, donde la invisibilización de las mujeres ha contribuido históricamente a la ausencia de estrategias eficaces, inclusivas y sostenidas.

Así, la integración del género dentro del modelo biopsicosocial implica pasar de una visión neutra a una comprensión interseccional, contextualizada y situada, que sea capaz de transformar no solo los dispositivos terapéuticos, sino también las políticas públicas, los imaginarios sociales y las prácticas profesionales.

5.3. Funciones del Trabajo Social en la intervención biopsicosocial con mujeres.

El trabajo social, como disciplina y como profesión, ocupa un lugar estratégico en el abordaje de las adicciones desde una perspectiva biopsicosocial y de género. Esta posición responde a su capacidad para articular las dimensiones individuales y estructurales del bienestar humano, y a su compromiso con la justicia social, los derechos humanos y la equidad.

La intervención del Trabajo Social con mujeres en situación de consumo problemático se configura como una práctica compleja que exige sensibilidad, formación especializada y un enfoque interseccional.

La formación profesional y la sensibilización en género

Desde la formación universitaria, los y las profesionales del trabajo Social son introducidos a la comprensión crítica de las desigualdades sociales, y específicamente a la perspectiva de género como categoría fundamental de análisis. El trabajo social universitario en España ha ido y a día de continua incorporando contenidos específicos sobre igualdad, feminismo e intervención con mujeres, conscientes de la necesidad de dotar a los futuros profesionales de herramientas para identificar, cuestionar y transformar situaciones de desigualdad estructural. (López Peláez y Segado Sánchez-Cabezudo, 2013)

Esta sensibilización inicial constituye un primer paso hacia el desarrollo de competencias para aplicar la perspectiva de género en la práctica profesional. Incorporar el género en el trabajo social no implica únicamente conocer conceptos o normativas, sino repensar las formas de intervención, reformular los objetivos y reconocer cómo el género atraviesa todas las problemáticas sociales, incluidas las adicciones. (Brullet y Roca, 2003).

Funciones específicas del Trabajo Social en la intervención en adicciones

Desde el modelo biopsicosocial, el trabajo social muestra una serie de funciones esenciales para la atención integral de las mujeres con problemas de consumo. Estas funciones se desglosan en diferentes niveles:

- Diagnóstico social con enfoque de género: el trabajo social evalúa no solo las condiciones materiales de vida, sino también cómo las desigualdades de género inciden en la trayectoria de consumo. Esto implica identificar situaciones de violencia, sobrecarga de cuidados, maternidad...(FEMP, 2021).
- Intervención psicosocial: a través de entrevistas, acompañamiento, diseño de itinerarios individualizados y coordinación con otros recursos, el trabajo social facilita los procesos de cambio y empoderamiento. En el caso de mujeres, esta intervención debe abordar aspectos como la autoestima deteriorada, la autonomía

económica, y la maternidad, promoviendo herramientas para la toma de decisiones y la reconstrucción de sus proyectos de vida (Espina, 2020).

- Gestión y derivación de recursos: uno de los grandes pilares del trabajo social es la función de puente entre la persona usuaria y los sistemas de protección social, es decir, el trabajo en red. En este contexto esta función cobra especial importancia al tener que activar recursos especializados como casas de acogida, ayudas a la vivienda, programas de empleo protegido, servicios de salud mental o atención a la violencia de género (*PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-24*, 2022).
- Intervención comunitaria y familiar: el enfoque biopsicosocial promueve la participación del entorno familiar y comunitario. El trabajo social trabaja con las redes de apoyo de las usuarias, fomenta la implicación del entorno en el tratamiento y realiza tareas de sensibilización en la comunidad para reducir el estigma asociado tanto a las adicciones como al hecho de ser mujer y madre usuaria (Apud & Romaní, 2016).
- Prevención y promoción de la salud: a nivel preventivo, impulsa campañas de sensibilización y programas en entornos educativos, laborales y comunitarios con enfoque de género, dirigidos a la promoción de habilidades para la vida, la identificación precoz de riesgos y la creación de entornos seguros. Estos programas deben integrar el análisis de género como un eje transversal para evitar la reproducción de roles discriminatorios (Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021).
- Abogacía y defensa de derechos: el trabajo social no solo interviene en casos individuales, sino que también asume un rol político y transformador. En este sentido, una de sus funciones clave es la denuncia de las desigualdades, la promoción de políticas públicas sensibles al género y la defensa de los derechos de las mujeres en contextos de consumo problemático, habitualmente invisibilizadas o estigmatizadas.

El Trabajo Social como agente de cambio

Incorporar la perspectiva de género en el trabajo social en el ámbito de las adicciones no es una elección o una opción, sino una exigencia ética y profesional. El trabajo social tiene la responsabilidad de interpretar la realidad a través de una mirada sensible al género, con el fin de intervenir de manera coherente, siendo fiel a sus

principios fundamentales. Esto significa no solo adaptar los recursos existentes, sino también repensar las propias metodologías de intervención, desde una escucha activa, no paternalista y empática, que devuelva a las mujeres su capacidad de decisión.

Además, se reconoce que las adicciones no son únicamente un problema individual, sino un fenómeno social profundamente atravesado por las desigualdades de género. Como menciona la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017–2024 y se ha reflejado anteriormente, resulta necesario abordar como las condiciones estructurales afectan a las mujeres en situación de consumo. Ante esta realidad, el trabajo social tiene la responsabilidad de contribuir a construir entornos más justos, inclusivos, equitativos y sensibles.

El trabajo social desempeña un papel esencial en la intervención biopsicosocial con mujeres en situación de consumo. Aplicar la perspectiva de género no es una cuestión de justicia, sino también de eficacia, puesto que mejora la adherencia a los tratamientos, la calidad de vida de las mujeres atendidas y el impacto positivo en sus entornos familiares y comunitarios.

5.4. La Fundación Instituto Spiral como ejemplo de la aplicación de la perspectiva de género en adicciones desde el modelo biopsicosocial

A lo largo de las últimas décadas, la creciente toma de conciencia sobre las desigualdades estructurales que atraviesan a las mujeres con problemática de adicciones ha llevado a la transformación progresiva de muchos modelos de intervención. En este contexto, la Fundación Instituto Spiral ha sido una de las entidades pioneras en España en integrar de forma explícita la perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias, enmarcando su acción dentro de un modelo biopsicosocial y educativo, con una clara vocación comunitaria.

Desde su creación en 1985, Spiral ha trabajado en la atención, prevención, formación e investigación sobre las adicciones y otros procesos de exclusión social. Su filosofía de intervención parte de una mirada integral sobre la persona, entendiendo el consumo de sustancias no como un fenómeno aislado, sino como la expresión de múltiples factores interrelacionados: biológicos, psicológicos, sociales, culturales y

estructurales. También la entidad ha desarrollado dispositivos tanto de tipo residenciales como ambulatorios, centrados en la individualización de los procesos terapéuticos, la construcción de vínculos significativos y la promoción de la autonomía personal.

La detección de una necesidad: mujeres invisibilizadas en los tratamientos mixtos

A inicios de los años 2000, el equipo de Spiral comenzó a identificar una serie de carencias y vacíos estructurales en la atención a mujeres usuarias de sus programas. A pesar de que los programas eran mixtos, las mujeres constituían una minoría con muy baja permanencia, y altas tasas de abandono. Además, las entrevistas iniciales de acogida y evaluaciones psicosociales mostraban una constante presencia de factores traumáticos vinculados al género, como:

- Violencia de género y violencia sexual en la infancia o en la relación de pareja.
- Maternidades marcadas por el sentimiento de culpa, la pérdida de custodia o la ausencia de redes de apoyo.
- Estigmatización social más severa que la que sufrían los varones.
- Ausencia de espacios seguros para abordar sus vivencias sin revictimización ni juicio moral.

Impacto diferencial del consumo a nivel físico, emocional y social.

Estos hallazgos comunes llevaron a la entidad a una reflexión interna crítica, reconociendo que el modelo clásico mixto no ofrecía condiciones adecuadas ni terapéuticamente eficaces para muchas mujeres. Así, Spiral entendió que la inclusión de la perspectiva de género no podía ser anecdótica o meramente declarativa, sino que debía constituirse en un eje estructural, transversal y transformador dentro de su intervención.

Este proceso dio origen a una nueva línea metodológica específica, que comenzó a desarrollarse a través de formación del equipo profesional, análisis de buenas prácticas, sistematización de casos y desarrollo de un proyecto piloto con mujeres en tratamiento. A partir de esta experiencia, en 2003 se diseña el Programa Terapéutico Femenino, y en 2005 se consolida con la apertura del Centro Residencial Femenino de Oviedo, el primero en Asturias en atender de forma exclusiva a mujeres con problemas de adicción desde un enfoque feminista y biopsicosocial.

Este cambio metodológico no solo supuso un salto cualitativo en la atención a mujeres, sino que colocó a Spiral como entidad de referencia nacional en el abordaje de

adicciones con perspectiva de género, participando activamente en procesos formativos, jornadas, investigaciones y propuestas institucionales orientadas a visibilizar y transformar el abordaje de las adicciones a través de una mirada interseccional.

El enfoque de género como eje estructural

La incorporación de la perspectiva de género en Spiral no se comprende como un simple añadido metodológico, sino como una transformación del paradigma de atención. Se reconoce que las mujeres presentan trayectorias de consumo diferenciadas, muchas veces marcadas por violencias estructurales, abusos, estigmatización, maternidades complejas y falta de redes de apoyo. Estas experiencias requieren espacios terapéuticos seguros, libres de juicio y adaptados a sus vivencias concretas (Fundación Spiral, 2021).

Desde ese punto de partida, la fundación diseña en 2003 el primer Programa Terapéutico Femenino en Asturias, consolidado desde 2005 con la apertura del Centro Residencial Femenino de Oviedo, un dispositivo especializado con capacidad para 13 plazas de estancia media-larga duración, que funciona como espacio de acogida, contención, recuperación y reintegración.

Metodología de intervención en clave biopsicosocial y de género

El modelo terapéutico de Spiral se encuentra basado en el modelo biopsicosocial, incorporando además una perspectiva estructural de género. Se reconoce que la salud de las mujeres no puede entenderse sin considerar los condicionantes sociales, culturales, económicos y simbólicos que las atraviesan. Desde esta perspectiva, se trabaja en los tres niveles del modelo biopsicosocial, integrando elementos específicos del enfoque de género:

- Dimensión biológica: se consideran los efectos diferenciados del consumo en mujeres, como la mayor vulnerabilidad física ante ciertas sustancias, las comorbilidades relacionadas con salud sexual y reproductiva, y la atención en situaciones de embarazo y maternidad activa.
- Dimensión psicológica: el abordaje terapéutico se centra en el vínculo, el trauma, la identidad de género, la autoestima y el empoderamiento. Muchas de las mujeres atendidas presentan historias de violencia sexual, abuso infantil o dependencia emocional, que son trabajadas desde una lógica reparadora y no revictimizante.

- **Dimensión social:** se aborda la exclusión social, la precariedad económica, la estigmatización social, las violencias de pareja, la pérdida de custodia de hijos/as, la carencia de vivienda o redes de apoyo. Esta dimensión se atiende a través de intervenciones integrales en coordinación con otros recursos comunitarios.

Además, el modelo de Spiral incluye cuatro ejes metodológicos fundamentales (Fundación Spiral, 2021):

- **Transversalidad de género:** la perspectiva de género atraviesa toda la intervención, desde la evaluación inicial hasta el diseño de itinerarios y la evaluación del proceso terapéutico.
- **Individualización del tratamiento:** se adaptan los itinerarios según las características personales, historia de consumo, necesidades emocionales y contextuales de cada mujer.
- **Enfoque educativo y comunitario:** se promueve la autonomía, la toma de decisiones, el aprendizaje de habilidades sociales y el vínculo con redes de apoyo comunitario.
- **Interdisciplinariedad:** los equipos están formados por profesionales del Trabajo Social, psicología, enfermería, pedagogía, mediación y terapia ocupacional, con formación específica en género y adicciones.

Programas específicos para mujeres

Centro Residencial Femenino de Oviedo: dispositivo específico para mujeres con procesos de desintoxicación, recuperación y reintegración, basado en convivencia grupal, talleres psicoeducativos, intervención individual y grupal, y actividades de empoderamiento y autocuidado.

Programa Terapéutico Femenino: intervención integral en régimen residencial o ambulatorio, que incluye módulos de tratamiento psicológico, terapia ocupacional, gestión emocional, reducción de daños, relaciones afectivas y sexualidad, proyecto vital, parentalidad y recuperación de vínculos familiares.

Intervenciones comunitarias: sensibilización sobre consumo y género, formación a profesionales, acompañamiento en procesos judiciales o administrativos (custodias, violencia de género), y trabajo en red con servicios sociales, salud mental, empleo y vivienda.

El papel del Trabajo Social y la intervención social en Spiral

El trabajo social es un pilar fundamental en el modelo de Spiral. Su enfoque profesional permite conectar el plano clínico con el plano estructural y comunitario. Los trabajadores sociales en Spiral:

- Realizan valoraciones integrales que no se limitan al consumo, sino que consideran todos los determinantes sociales: violencia de género, pobreza, vivienda, redes familiares, inserción laboral.
- Diseñan itinerarios personalizados, negociados con cada mujer, desde una lógica de empoderamiento y autonomía.
- Coordinan recursos del entorno comunitario y gestionan redes de apoyo institucionales y no institucionales.
- Acompañan procesos de recuperación emocional y relacional, facilitando que las mujeres recuperen vínculos seguros con sus familias, hijos/as y consigo mismas.
- Desarrollan acciones de prevención e incidencia política, posicionando las problemáticas de género y adicciones en la agenda pública.

Esta experiencia demuestra que es posible construir dispositivos de intervención que integren el modelo biopsicosocial y la perspectiva de género de manera coherente, crítica y comprometida. Su metodología centrada en la persona, el respeto por los ritmos individuales, la construcción de vínculos reparadores y la defensa de derechos sociales sitúan su trabajo como un ejemplo replicable y valioso para el trabajo social.

Spiral representa no solo una buena práctica, sino un horizonte ético y metodológico desde el cual pensar la intervención en adicciones con mujeres. Su apuesta por la transversalidad de género, la escucha activa, la inclusión y la justicia social se alinea con los principios fundamentales del Trabajo Social, reafirmando la necesidad de enfoques sensibles al contexto, la historia y la estructura.

6. Conclusiones y reflexión.

Este TFG ha tenido como objetivo conocer y analizar la intervención social en adicciones desde el trabajo social, incorporando de manera transversal la perspectiva de género. A través de una revisión bibliográfica crítica y sistemática, se ha podido profundizar en los marcos teóricos, los avances institucionales y experiencias prácticas que han impulsado una relectura de los modelos tradicionales de tratamiento, a través de una mirada contextual, situada y con enfoque de género.

Se ha podido confirmar que, pese a los avances legislativos y discursivos, las mujeres consumidoras de sustancias continúan enfrentando formas específicas de exclusión y desigualdad en los servicios de atención. Los modelos tradicionales de intervención (biomédico, conductual, incluso el biopsicosocial tradicional) han sido diseñados desde una lógica aparentemente neutra que, en realidad, responde a un sujeto masculino universal (Apud & Romaní, 2016). Este enfoque ha invisibilizado las trayectorias diferenciadas de las mujeres, así como los condicionantes estructurales, emocionales, sociales y simbólicos que atraviesan en sus experiencias de consumo.

Las mujeres usuarias no solo batallan con los efectos del consumo, sino también con el estigma social, la culpabilización por infringir los mandatos de género impuestos, y la ausencia de servicios adaptados a sus necesidades reales. Como menciona el Instituto de las Mujeres (2020), su acceso al tratamiento es más limitado, su permanencia más frágil y sus procesos terapéuticos, más condicionados por factores como la violencia de género, la crianza en solitario, la precariedad o la falta de redes de apoyo. Estas barreras no son hechos puntuales ni aislados, sino que forman parte de un sistema de desigualdades que hoy en día afecta a las mujeres. Están muy relacionadas con una forma de comprender el mundo que continúa colocando a los hombres en el centro, también en los espacios sanitarios y sociales.

En relación con el objetivo general, se ha conseguido analizar de manera crítica y argumentada cómo el trabajo social puede intervenir en el ámbito de las adicciones desde un enfoque biopsicosocial que incorpore la perspectiva de género. También, los objetivos específicos se han alcanzados: se ha descrito la evolución histórica del modelo biopsicosocial desde sus inicios, con autores como Engel, hasta su aplicación actual en adicciones. Por otro lado, se ha demostrado cómo el género sigue siendo una dimensión

poco atendida en muchos tratamientos, a pesar de influye de manera directa en las trayectorias de consumo en el acceso a los recursos de muchas mujeres. También, se ha destacado el papel del trabajo social como herramienta clave de acompañamiento y de transformación social, y se ha mostrado un ejemplo real con la Fundación Instituto Spiral, que lleva años desarrollando programas específicos para mujeres consumo problemático, desde una mirada feminista (Fundación Spiral, s.f.).

El análisis bibliográfico ha revelado que la inclusión del enfoque de género no solo mejora la eficacia de las intervenciones, sino que también hace que los procesos terapéuticos sean más humanos, cercanos y respetuosos con las historias de vida de las personas. Tal como afirman autores como Oliver y Valls, muchos síntomas que suelen interpretarse como problemas individuales (como la ansiedad o la depresión), en realidad están muy relacionado con situaciones de violencia, abandono o exclusión. Aplicar una mirada feminista sobre estos “problemas individuales” nos permite comprender el sufrimiento no como un síntoma aislado, sino de manera justa, y no culpabilizando a quienes lo sufren.

El trabajo social, por su enfoque holístico, ético y centrado en los derechos humanos, tiene mucho que aportar en esta transformación. Evaluar cada caso desde una perspectiva interseccional, acompañar con cercanía, tejer redes comunitarias y generar espacios seguros son funciones clave para garantizar que las mujeres no solo tratamiento, sino también apoyo y oportunidades para reconstruirse (Sixto-Costoya & Arroyo, 2018). Pero para que esto suceda, no basta con realizar pequeños ajustes o adaptar protocolos; es necesario cambiar los modelos, cuestionar las desigualdades y construir nuevas formas de intervención que pongan en punto de mira la dignidad y la libertad de las mujeres.

Uno de los aprendizajes más valiosos de este trabajo ha sido evidenciar que las necesidades específicas de las mujeres siguen sin estar suficientemente cubiertas. Faltan espacios pensados solo para ellas, profesionales formados y sensibilizados con el género, recursos con atención al trauma, y medidas concretas que permitan, por ejemplo, asistir a terapia mientras cuidan de sus hijos, o salen de una situación de violencia. Organizaciones como Proyecto Hombre, advierten que los programas mixtos no siempre funcionan para las mujeres y que, en muchos casos, refuerzan su malestar o les impiden acabar/ continuar en el tratamiento.

Desde una reflexión crítica y personal, esta revisión ha mostrado que los discursos institucionales en favor de la igualdad de género no siempre se traducen en prácticas concretas. Con esto quiero decir que, aunque existen documentos oficiales que hablan de igualdad, en la realidad de los discursos sociales y sanitarios muchas mujeres siguen sin encontrar la atención que necesitan. Hay poca financiación para programas con enfoque de género, la escasa formación con perspectiva de género en los equipos profesionales y la fragmentación entre sistemas de salud, servicios sociales y recursos específicos. A ello se suma la necesidad de implementar y revisar aún más los planes de estudios universitarios, para garantizar que el alumnado de trabajo social reciba una formación sólida en igualdad, feminismo y diversidad (Raya-Díez & Montenegro Leza, 2021).

A nivel personal, este proceso de investigación y análisis ha sido también una experiencia de construcción profesional. Como futura trabajadora social, he podido afianzar mi compromiso con una práctica crítica, ética y feminista, que no solo me servirá en la intervención directa con personas, sino también para cuestionar las estructuras que sostienen la desigualdad. He aprendido que acompañar a mujeres con consumos problemáticos no es solo cuestión de aplicar una metodología, sino de comprometerse con su proceso, respetar sus tiempos y conseguir que los recursos estén a su alcance.

En definitiva, este TFG demuestra que la perspectiva de género no es una opción añadida al modelo biopsicosocial, sino una condición necesaria para su coherencia, eficacia y justicia. Sin la perspectiva de género no es posible una intervención social realmente eficaz, justa ni transformadora. No se trata de añadir el género como un detalle, sino de integrarlo en todo el proceso, desde la escucha inicial hasta el cierre del acompañamiento. El reto ahora no está tanto en teorizar, sino en llevar esta mirada a la práctica cotidiana, a la práctica real; a los recursos y servicios, a los equipos profesionales y a las políticas públicas. Desde ese compromiso nace y se cierra este trabajo, con la voluntad firme de seguir caminando hacia una intervención social más justa, inclusiva y transformadora que no deje a nadie atrás.

7. Bibliografía

- Aceituno, Y. C., & Sánchez, C. M. G. (2024). *De la violencia de género a los contrarrelatos feministas: Estudios multidisciplinares*. Octaedro.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=992359>
- Adicciones en Mujeres. (s. f.). *Fundación Instituto Spiral*. <https://fispiral.com.es/mujer-y-adiccion/>
- Alexander, B. K., & Hadaway, P. F. (1982). Opiate addiction: The case for an adaptive orientation. *Psychological Bulletin*, 92(2).
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción: distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115–125.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Arredondo, A. (2021). Género y Drogas. *RIOD*. <https://riod.org/publicacion-genero-drogas/>
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). *Droga / Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/droga>
- BOE-A-2007-6115 *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. (2007). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- BOE-A-2015-3442 *Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana*. (2015). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-3442>
- Calvo, E. de M. (2016). Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional. *Política y Sociedad*, 53(2), Article 2.
https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n2.47421
- Chacón-Gironza, L. S. (2019). La perspectiva de género como apuesta política en la intervención social de Trabajo Social. *Prospectiva*, 28, 69-91.

<https://doi.org/10.25100/prts.v0i28.8033>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Fernández Calderón, F., Lozano Rojas, Ó. M., Bilbao Acedos, I., Rojas Tejada, A. J., Vidal Giné, C., Vergara Moragues, E., & González Saiz, F. (2011). Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave. *Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 13(4), 167-174.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3908502>

Fernández Rodríguez, M. A. (2021). *Políticas sobre drogas e intervención preventiva: Análisis de la incorporación del enfoque de género en el ámbito de las drogodependencias* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Oviedo]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=302667>

Flórez, G., Espandian, A., Villa, R., & Sáiz, P. A. (2019). Deterioro cognitivo y dependencia alcohólica, implicaciones clínicas. *Adicciones*, 31(1), Article 1.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.1284>

Fundación Instituto Spiral. (2023, diciembre) (F.I. Spiral). *Estudio para la adaptación y mejora del abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico de las adicciones desde la perspectiva de género mediante el análisis de síntomas diana*.

<https://fispiral.com.es/publicaciones/2023/12/sintomas-clave-en-adicciones/>

Fundación Instituto Spiral (2015). “Integración de la perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones”, Seminario. <https://fispiral.com.es/seminario-integracion-practica-de-la-perspectiva-de-genero-en-el-tratamiento-de-las-adicciones/>

Fundación Instituto Spiral (s.f.) Tratamientos en adicciones/Centros y recursos.

<https://fispiral.com.es/tratamientos-en-adicciones/centros-y-recursos/>

García, A. B., & Ricart, L. C. (s. f.). *Amaya I. Díez Rodríguez María Giaever López Pau Zabala Guitart*.

Género y salud. (s. f.). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: Los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas. (2024). Naciones Unidas : Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [//www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html](https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html)

Gueta, K. (2017). A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug-dependent mothers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.004>

Hansen, C., López, M., & Ruiz, A. (2020). *Mujeres y consumo de sustancias: Las barreras de género en el tratamiento de las adicciones: ¿Qué son y cómo podemos sortearlas?*. Dianova y Federación Mundial contra las Drogas. <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2021/05/202105-The-Way-Forward-Gisela-Hansen-es.pdf>

Hansen Rodríguez, G. (2019). *La perspectiva de género en los programas y servicios de adicciones*. Dianova. [201911-la-perspectiva-de-genero-en-los-programas-Giseal-Rodriguez-Hansen-ES.pdf](https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2019/11/la-perspectiva-de-genero-en-los-programas-Giseal-Rodriguez-Hansen-ES.pdf)

Instituto de las Mujeres—Materiales didácticos. (2007). <https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/materiales/intervencionDrogodep.htm>

Instituto de las Mujeres—Mujeres en Cifras—Salud—Alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, automedicación y adicciones. (s. f.).

<https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Salud/AutomedicacionTAD.htm>

Investigaciones género – Fundación ATENEA. (s. f.).

<https://fundacionatenea.org/investigaciones-genero/>

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* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Complutense de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=104317>

Jumbo Cuenca, D. D. C., Merino Armijos, C. I., & Espinoza Cedeño, M. G. (2017). El rol del trabajador social en la prevención de la drogadicción, desde el enfoque del autodesarrollo comunitario. *Dominio de las Ciencias*, 3(Extra 3), 137-156.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6102832>

La integración de la perspectiva de género en la formación de profesionales del ámbito de las adicciones: Centro de formación Asociación Proyecto Hombre. (2024).

Proyecto Hombre. <https://proyectohombre.es/articulos/la-integracion-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-formacion-de-profesionales-del-ambito-de-las-adicciones-centro-de-formacion-asociacion-proyecto-hombre/>

Levín, L. G. (2011). *Las adicciones como construcción social: Conocimientos, posicionamiento público, e implementación estatal de tratamientos.*

<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/203>

Mantilla Falcón, J. (1996). La conceptualización del género y su importancia a nivel internacional. *Agenda Internacional*, 3(6), 153-167.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6302535>

Martínez-Redondo, P., & Santamaría, E. A. (s. f.-b). *Inventario institucional de recursos*

asistenciales (ambulatorios y residenciales) que realizan un abordaje conjunto de la violencia de género y adicciones.

Ministerio de Igualdad—Secretaría de Estado de Igualdad y para la Violencia de Género—Instituto de las Mujeres. (s. f.).

<https://www.inmujeres.gob.es/buscador/home.htm>

Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.

(2005). *Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid.*

<https://madridsalud.es/publicacionness/te-apuntas-a-la-sesion-chemsex-sexo-y-drogas/>

Mujeres drogodependientes maltratadas: Análisis para la intervención. (s. f.).

<http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13075020>

Olarte, E. T. (2018). La aplicación del enfoque de género en Trabajo Social: Debilidades y fortalezas. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 10, Article 10. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2018.0012>

Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). *USO DE SUSTANCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES, SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS. RESULTADOS DEL SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS.* 29.

Papeles del Psicólogo. (2000). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1098>

Pedrero, E. J. (2011). *Neurociencia y adicción.* Sociedad Española de Toxicomanías.

Pérez Gómez, A., & Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas:

Un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3776944>

Pérez Gómez, A., & Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas:

Un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3776944>

PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-24. (2022).

Portal Plan Nacional sobre Drogas—Estrategia Nacional sobre Adicciones. (s. f.).

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Portal Plan Nacional sobre Drogas—Estrategia Nacional sobre Adicciones. (2021, 2024). <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Portal Plan Nacional sobre Drogas—Plan de Acción sobre Drogas. (2022). <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/home.htm>

Preciado Duarte, N. Y., & Diaz Martinez, J. J. (2017). Aspectos psicosociales de la enfermedad adictiva a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, curso de la enfermedad y tratamiento: Una revisión de la literatura de los últimos 10 años. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 9(2), 157-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6760572>

Progestión. (2023a). ATENCIÓN RESIDENCIAL A MUJERES CON PROBLEMAS DE ADICCIONES Y VIOLENCIA DE GÉNERO. INFORME DE INVESTIGACIÓN. *Asociación PROGESTIÓN*. <https://progestion.org/vgresid1/>

Progestión. (2023a, noviembre 23). PRESENTAMOS CUATRO GUÍAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A MUJERES CON PROBLEMAS DE ADICCIONES. *Asociación PROGESTIÓN*. <https://progestion.org/presentamos-cuatro-guias-para-la-mejora-de-la-atencion-a-mujeres-con-problemas-de-adicciones/>

Progestión. (2023b). ATENCIÓN RESIDENCIAL A MUJERES CON PROBLEMAS DE ADICCIONES Y VIOLENCIA DE GÉNERO. INFORME DE INVESTIGACIÓN. *Asociación PROGESTIÓN*. <https://progestion.org/vgresid1/>

Progestión. (2023b, diciembre 29). PRESENTAMOS LA GUÍA PARA MUJERES

SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON PROBLEMAS DE ADICCIONES. Asociación PROGESTIÓN. <https://progestion.org/presentamos-la-guia-para-mujeres-supervivientes-de-violencia-de-genero-con-problemas-de-adicciones/>

Raya-Diez, E., & Leza, S. M. (2021). Perspectiva de género y Trabajo Social: Actuaciones de grado y postgrado en las universidades del G-9. *Investigaciones Feministas*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.5209/infe.72337>

Reed, B. G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult? *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2), 151–164. <https://doi.org/10.1080/02791072.1987.10472399>

Rodríguez, G. H. (s. f.). *La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencias*.

Rodríguez, M. A. F. (2021). *PROGRAMA DE DOCTORADO EN GÉNERO Y DIVERSIDAD*.

Romo, N. (2004). Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. En *Uso de drogas y drogodependencias* (pp. 69–83). Fundación Medicina y Humanidades Médicas. https://imujer.ugr.es/sites/centros/imujer/public/inline-files/Tecnolog%C3%ADas-de-la-Comunicaci%C3%B3n.indd_0.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ruiz-Olivares, R., & Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27(1), 1–6. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000100001

Salazar Ascencio, J., & Williamson Castro, G. (2015). Modelo integral de intervención para la prevención en drogodependencias: Aportes para la pedagogía social.

Perfiles educativos, 37(148), 20-27.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-26982015000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sánchez-López, M. P. (2013a). *La salud desde la perspectiva de género*. Unpublished. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4071.6243>

Sandoval-Sánchez, M. E. (2021). *Las desigualdades hacia las mujeres en relación al tratamiento de adicciones. El caso de Casa de la esperanza, comunidad terapéutica, desde una perspectiva de género*. <https://hdl.handle.net/11117/6518>

Santamaría, E. A., & Redondo, P. M. (2019). *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto.

Situación en España de la Violencia de Género y el Abuso de Sustancias. (2022, octubre 21). *Género y Drogodependencias*. <https://www.generoydrogodependencias.org/2022/10/21/informe-de-situacion-en-espana-de-la-violencia-de-genero-y-el-abuso-de-sustancias/>

Sixto-Costolla, A., & Olivar Arroyo, Á. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES. Revista de Educación Social*. <https://eduso.net/res/revista/26/el-tema-es-y-ts/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando>

Solana, M. (2024). John Money y los orígenes sexológicos del concepto de género: Más allá del debate naturaleza/cultura. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 63(167), Article 167. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/filosofia/article/view/62026>

Sollutia.com. (s. f.). *Género y políticas sobre drogas en España: Avances y limitaciones* // AESED. <https://red.aesed.com/es/genero-y-politicas-sobre-drogas-en-espaana-avances-y-limitaciones>

Tubert, S. (Ed.). (2003). Del sexo al género: Los equívocos de un concepto. (cap, 1,2,3)

<https://archive.org/details/tubert-s.-ed.-del-sexo-al-genero.-los-equivocos-de-un-concepto-ocr-2003/page/14/mode/1up>

Una mirada de género a los datos e indicadores poblacionales sobre consumo de drogas y adicciones. (2024). *Proyecto Hombre*. <https://proyectohombre.es/articulos/una-mirada-de-genero-a-los-datos-e-indicadores-poblacionales-sobre-consumo-de-drogas-y-adicciones/>

Valero, J. F. (2006). La influencia de la dimensión de género en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 19, 133-154.

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0606110133A>

Vista de John Money y los orígenes sexológicos del concepto de género: Más allá del debate naturaleza/cultura / Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica. (s. f.). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/filosofia/article/view/62026/62289>

Zinberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States: a contrast and a critique. *Archives of General Psychiatry*, 26(5).