

PROGRAMA FEDRA

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



DIRECCIÓN

Dra. María Sáinz Martín

Presidenta FUNDADEPS.

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

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

EQUIPO TÉCNICO

Antonio Merino

Hernán Díaz

Esther Castellanos

Isabel Soriano

Nieves Cáceres

Reimpresión

© FUNDADEPS (2013)

© MSSSI (2013)

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?	3
ESTADO DE SITUACIÓN.....	4
APROXIMACIÓN AL GÉNERO.....	5
CONSUMO DIFERENCIAL.....	7
CONSUMO EN EL ESPACIO PÚBLICO Y PRIVADO	8
CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PÚBLICO	8
CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PRIVADO.....	10
CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO	12
EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL	13
EFECTOS DEL ABUSO EN EL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD.....	13
EFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	14
CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN.....	15
¿CÓMO ACTUAR?.....	16
PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO.....	16
INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Al analizar por tanto el fenómeno de la drogadicción por sexos, y observar la manera en que se está interviniendo desde los servicios sociosanitarios, se hace necesario mirar esta realidad desde la perspectiva de género para visibilizar y entender las condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social de las mujeres consumidoras. Además, de esta manera se contribuye a mejorar la calidad en la detección y atención a las mujeres que se da desde los distintos centros en los cuales son atendidas.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?

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

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

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

ESTADO DE SITUACIÓN

La drogodependencia femenina permanece invisibilizada bajo la pauta cultural y estadística que es la drogodependencia masculina como fenómeno social.

Patricia Martínez Redondo (2010) recoge en la "Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD" (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente), que la demanda de tratamiento por parte de las mujeres es significativamente más reducida que la de los hombres (la demanda de tratamiento de ellas se sitúa en torno al 15%¹). Entre otros motivos, este hecho ha favorecido que los programas de atención y tratamiento estén contruidos e ideados por patrones androcéntricos, dejando las necesidades específicas de las mujeres de lado.

Como apunta Mónica Castaños (2007), la gran mayoría de los trabajos realizados hasta ahora ponen de manifiesto una serie de consideraciones en relación a la población femenina consumidora: los obstáculos de acceso al tratamiento, la oferta de programas y su escasa adecuación a las necesidades de las mujeres, así como los resultados o abandonos del tratamiento.

El sesgo en la atención ha tomado como referente a la población masculina, situando a las mujeres en situación de drogodependencia en perfiles asociados con el ejercicio de la prostitución y/o al abandono de su papel como madres (Carmen Mene-ses Falcón, 2002). En este sentido, se constata que, tal como recogen diversos trabajos (VV.AA., 2001; Avilés, et. al., 2006 y 2004; y Valls Llobet, 2006) existe una tendencia a la invisibilización de la drogodependencia femenina (en relación al consumo de alcohol y psicofármacos sobre todo), pues estos casos a menudo no llegan a los centros de atención especializados en drogodependencias y quedan, si acaso, en el ámbito de la atención primaria (centros de salud), sin protocolos de detección, derivación y coordinación con los centros especializados.

Recuerda que:

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

¹ Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

APROXIMACIÓN AL GÉNERO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estos roles están siendo cada vez más cuestionados, y ha permitido que el espacio público sea compartido por hombres y mujeres, aunque no en igualdad de condiciones. En los últimos años, la irrupción masiva de las mujeres al ámbito laboral ha cambiado el panorama de la vida económica y social de los países. (Isabel Soriano, 2012)

Iniciar la guía hablando de género para abordar las situaciones de drogodependencias en mujeres significa asentar unas bases mínimas que pongan de manifiesto la minusvaloración e invisibilización que afectan a muchas mujeres por una construcción social del género, y que nos va a afectar en nuestra identidad y subjetividad de forma determinante. En una problemática como las drogodependencias encontraremos elementos que tienen que ver con estas dinámicas, y la perspectiva de género ofrece herramientas para poder intervenir. Debe, por tanto, convertirse en un referente analítico, un marco de interpretación de la realidad, como puedan ser las teorías explicativas de los procesos de desadaptación social o el enfoque multisistémico en drogodependencias (Patricia Martínez, 2008)

CONSUMO DIFERENCIAL

La incidencia del consumo abusivo en hombres es mayor que la de las mujeres, así lo demuestran las encuestas, informes y estudios científicos en estos últimos años. Además, respecto al policonsumo éxtasis, vemos también que existen diferencias en cuanto al tipo de sustancias que se mezclan. Es más frecuente entre los hombres consumidores de éxtasis haber consumido LSD, cocaína y anfetamina en polvo o 'speed' que entre las mujeres. Las mujeres, sin embargo, realizan consumos más intensivos de tabaco o tranquilizantes como parte de sus formas de policonsumo (Nuria Romo, 2001).

En las mujeres, aunque porcentualmente tienen un consumo abusivo menor que los hombres, está aumentando considerablemente el consumo del alcohol, el tabaco y los psicofármacos. Ello puede responder a que sus patrones de consumo se acercan cada vez más a posturas tradicionalmente consideradas masculinas.

En este sentido, las mujeres sólo superan a los hombres en el consumo de:

- Tabaco (mujeres jóvenes de 18 a 24 años)
- Psicofármacos (todas las edades)

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

Recuerda que:

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

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

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

CONSUMO EN EL ESPACIO PÚBLICO Y PRIVADO

Como apunta Beatriz Moral (2008), existe una diferenciación en la tolerancia social respecto al consumo de drogas, por lo que el contexto, la legalidad y los estereotipos de género también influyen en cómo mujeres y hombres consumen. Vemos así que no es tanto el hecho de consumir droga lo que está sexuado, sino el universo de significados que caracteriza cada sustancia.

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

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

CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PÚBLICO

ALCOHOL

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

TABACO

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

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

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

revelan su fuerte relación con el consumo de drogas ilegales, como por ejemplo el hachís o la marihuana.

Aunque el consumo de tabaco provoca los mismos efectos en la salud de hombres y mujeres, existen otros riesgos agregados para la población femenina, ligados a diferencias hormonales y a su función reproductiva, como por ejemplo, su asociación al cáncer de cérvix y útero, desórdenes en periodos menstruales, infertilidad y menopausia temprana.

A la hora de abordar la prevención o atención a mujeres desde la perspectiva de género es importante tener en cuenta una serie de características que definen el consumo femenino y el masculino. Pueden parecer cuestiones demasiado obvias, pero es necesario recordarlas y tenerlas en cuenta²:

MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none"> • Las dosis que toman son menores. • La frecuencia de salidas y consumo es menor. • Realizan menos mezclas. • Siguen itinerarios más breves. • Evitan la agresividad en sus comportamientos y situaciones. • Revelan una superior percepción de riesgos en el consumo de sustancias. • Son más prudentes. • Son más previsoras y cuidan más la organización de la diversión. De hecho, a menudo acuden a la fiesta con la dosis que van a consumir ya adquirida, con lo que evitan ponerse en situaciones imprevistas. • Utilizan más las drogas legales que las ilegales. • Huyen más de las consecuencias de determinados consumos (como los estimulantes), de los conflictos y las situaciones de conflictividad. • No suelen presumir de estar colocadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las dosis que toman son mayores. • La frecuencia de salidas y consumo es mayor. • Realizan más mezclas. • Siguen itinerarios más largo. • No evitan la agresividad en sus comportamientos y situaciones. • Revelan una menor percepción de riesgos en el consumo de sustancias. • Son menos prudentes. • Son menos previsores y no cuidan tanto la organización de la diversión. Acuden a la fiesta sin prever cuánto o qué van a consumir. • Utilizan más drogas ilegales que legales. • No huyen o les atraen las consecuencias de determinados consumos (como los estimulantes) o los conflictos. • Suelen presumir de estar colocados.

Tampoco podemos olvidar que el espacio público y los contextos de ocio se caracterizan por una importante masculinización del ambiente, de manera que las mujeres se encuentran en un espacio en el que son una minoría cuantitativa y cualitativa, desempoderándolas y haciéndolas más vulnerables. Además, en ocasiones se caracterizan por una presión sexual hacia las mujeres que de hecho es una de las razones que explica su menor presencia o presencia más limitada en estos ambientes (Ángel Rekalde, 2005).

² Adaptado de Ángel Rekalde (2005)

CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL USO DE DROGAS EN EL ESPACIO PRIVADO

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

En la actualidad los ansiolíticos-hipnóticos son los más extensamente usados, seguidos de los antidepresivos. Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o "pastillas para dormir" a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiazepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo (M^o Ángeles Barreda, 2005).

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

Las causas de este consumo en las mujeres se relacionan con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa, la angustia, el nerviosismo o el insomnio, según recogen De la Cruz M.J. et al. (2002) en el estudio "Adicciones ocultas". Parece que tanto por parte de la mujer como del entorno, se catalogan las reacciones emocionales (ansiedad, tristeza, enojo) ante las condiciones de vida como enfermedad y por tanto se recurre a los fármacos para "curarla". Pero hay que tener muy presente que los psicofármacos "ni suprimen la causa del malestar, ni por sí solos tienen acción curativa, pudiendo impedir el reconocimiento de la causa que produce el malestar contribuyendo así a la resignación ante condiciones de vida insatisfactorias" (V.V. AA., 2003).

Si comparamos el consumo de psicofármacos con otras drogas donde la presencia masculina es mayor vemos lo siguiente³:

3 (Beatriz Moral, 2008)

PSICOFÁRMACOS

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

OTRAS DROGAS

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

CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres que consumen drogas son estigmatizadas socialmente por desviarse de su rol tradicional de género. A su vez, se las percibe como personas promiscuas, por lo que son más vulnerables a sufrir abusos sexuales o situaciones de malos tratos.

Se puede llegar a responsabilizar a la propia mujer del abuso sufrido, entendiendo este como la consecuencia de una actitud de riesgo que ella misma ha provocado (Altell y Plaza 2005). Esta es una manera de desresponsabilizar a los hombres ante lo ocurrido, ya que encuentran una justificación, o al menos un atenuante, a la hora de valorar sus actos de abuso.

En el caso de los hombres encontramos la situación inversa, de manera que su estado de embriaguez puede justificar sus actos, achacando la responsabilidad última a la sustancia ingerida y no a su propio comportamiento (Altell y Plaza 2005).

Es una realidad contrastada que las mujeres drogodependientes ponen en juego su cuerpo y sexualidad en el consumo de sustancias (Patricia Martínez, 2008)

Diferentes investigaciones refieren historias de abusos sexuales u otro tipo de violencia durante la infancia en mujeres drogodependientes. Del 32% al 66% de mujeres que en la actualidad son adictas sufrieron historias de agresiones sexuales durante la infancia (Fundación Atenea Grupo GID, 2006). Además, como dice Mónica Castaños (2007), las mujeres que han vivido abusos y que no han recibido de sus progenitores una intimidad saludable pueden confundir intimidad con sexo y contacto afectivo con contacto sexual. En ocasiones, mujeres con drogodependencia que se encuentran en situaciones afectivas carenciales (por el rechazo familiar y social, el aislamiento que produce la adicción) se acercan al hombre buscando afecto a través del contacto corporal y, éste es leído en los códigos masculinos como la búsqueda de una relación coital, dando lugar a que las mujeres se sientan presionadas a mantener una relación sexual desvinculada de su deseo, repitiendo el ciclo traumático.

EFFECTOS DEL ABUSO EN EL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD

EFFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro.⁴

EFFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD MENTAL	
TABACO	<ul style="list-style-type: none">• Su consumo se relaciona con una mayor predisposición para padecer depresión.
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro cognitivo de distinto grado.• Alteración de la memoria y de la expresión emocional.• Trastornos psicóticos, síntomas depresivos y de ansiedad.• Trastornos del sueño y de la conducta que producen desadaptación social.• Demencia alcohólica y psicosis.
TRANQUILIZANTES	<ul style="list-style-type: none">• Depresión, falta de motivación, ansiedad.• Trastornos del sueño.• Abandono del cuidado personal.• Abandono del cuidado de los y las hijas.• Disminución de la capacidad de concentración.• Algunas personas experimentan pérdida de memoria, toma de decisiones erróneas y dificultades de atención.
CANNABIS	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad.• Ataques de pánico.• Disminución del rendimiento intelectual (atención, memoria).• Apatía, falta de interés y motivación.• Con factores previos o predisponentes, pueden desencadenarse cuadros psicóticos por intoxicación aguda o precipitar una psicosis esquizofrénica.
COCAÍNA	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas psicóticos, desde la frecuente paranoia hasta la psicosis cocaínica que cursa con gran componente de agresividad y agitación.• Depresión, irritabilidad, ansiedad y distimia.
HEROÍNA	<ul style="list-style-type: none">• La dependencia de la heroína no se ha establecido como origen de la aparición de trastornos psiquiátricos.

⁴ Adaptado de M^o Ángeles Barreda, 2005

EFFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

No se conoce en su totalidad los mecanismos por los que las drogas alteran el sistema reproductor femenino, pero sí se sabe que algunas de ellas actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, generando disfunción ovárica y alteraciones menstruales.⁵

EFFECTOS DE LAS DROGAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
TABACO	<ul style="list-style-type: none">• Reducción de la fertilidad, retraso en la concepción e infertilidad.• Reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida.• Incremento del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio entre las fumadoras que toman anticonceptivos orales, en especial entre las que tienen 35 años o más.• Adelanto de la menopausia (en dos años como promedio).
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none">• Aparición de ciclos menstruales irregulares.• Ausencia de ovulación.• Mayor riesgo de abortos.• Aparición de menopausia precoz.• Reducción de la excitación y placer sexual.
TRANQUILIZANTES	<ul style="list-style-type: none">• Desinterés por las relaciones sexuales.
CANNABIS	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos menstruales.• Ciclos sin ovulación.• Abortos espontáneos.• Las investigaciones científicas confirman que su uso crónico se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que señalan quienes la consumen.
COCAÍNA	<ul style="list-style-type: none">• Alteración de los ciclos menstruales o amenorrea (supresión de flujo menstrual).• Reducción del número de ciclos ovulatorios.• Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y la lactancia.• Reducción del placer sexual.
HEROÍNA	<ul style="list-style-type: none">• Alteración de los ciclos menstruales.• Ausencia de reglas.• Intensa disminución del deseo sexual.

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

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN

Debido a la atención sesgada y en ocasiones insuficiente que se presta a las mujeres, hay cierta invisibilización de la interacción de una serie de problemáticas que afectan a las mujeres desde una óptica de género pero, que como afirman en la investigación dirigida por Patricia Martínez (2010), están insuficientemente integrados en la formación de los equipos profesionales de los centros, ni en los itinerarios diseñados a tal efecto.

Los elementos diferenciales que habría que tener en cuenta son:

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

¿CÓMO ACTUAR?

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

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

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

PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO

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

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO⁶

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

6 Adaptado de Mónica Castaños (2007)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altable Vicario, Charo (2000). *Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad*, Ed. Miño y Dávila, Madrid.
- Altell, G. y Plaza, M. (2005). *Abuso del alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género*. Salud y drogas, vol. 5, nº2, diciembre.
- Barreda Marina, M^a Ángeles et.al. (2005). *Mujer y adicción*. Instituto de Adicciones, Madrid Salud.
- Castaños, Mónica et. al. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Sanidad Ministerio de Sanidad y Consumo.
- De la Cruz, María José. et al. (2002). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Fundación Atenea Grupo GID (2006). *Análisis de datos de la operación bola de nieve con jóvenes consumidores de cocaína de Torrejón de Ardoz*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Madrid. Agencia Antidroga.
- Martínez Redondo, Patricia
(2010). *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)
(2008). *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. ASECEDI
- Meneses Falcón, Carmen (2002). *Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas*, en II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer.
- Moral, Beatriz (2008). *Drogas y género*. En Cómo introducir la Perspectiva de Género en los proyectos de Drogodependencias. 1^a Jornada de la Comisión de Género. Gobierno Vasco.
- Rekalde, Ángel. (2005). *Drogas de ocio y perspectiva de género*. Txostenak, 16.
- Romo Avilés, Nuria et al.
(2006). *Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar*. Trastornos Adictivos; 8(4) 243-50.
(2004). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías nº 5 Uso de Drogas y Drogodependencias.
(2001). *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*, Donostia: Gakoa.
- Soriano Villarroel, Isabel y Castellanos Torres, Esther (2012). *Nociones básicas sobre la socialización diferencial de género*. Femtopía Consulting.
- Valls Llobet, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Mondadori De Bolsillo.
- VV.AA (2009). *Guía Informativa: Drogas y género*. XUNTA DE GALICIA.

- VV. AA (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*. Estudios Monográficos y experiencia adquirida. Oficina contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas. Nueva York.
- VV. AA. (2003). *Mujer y drogas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de la Mujer.
- VV.AA (2001). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.



Hospital Clínico San Carlos (Pabellón San Carlos)



www.fundadeps.org

Hospital Clínico San Carlos
C/ Profesor Martín Lagos s/n
3ª Planta Norte
Servicio de Medicina Preventiva
28040 Madrid

Teléfonos

91 330 34 22 / 91 330 37 05

Correo electrónico

fundadeps.hcsc@salud.madrid.org
comunicacion@fundadeps.org

 www.facebook.com/fundadeps

 @fundadeps

 youtube.com/fundadeps

Con la colaboración de:



Hospital Clínico San Carlos

 Comunidad de Madrid



 femtopíaconsulting