

Drogas y perspectiva de género. Documento marco

Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia

g g é n e r o y d r o g a s

AUTOR

Sánchez Pardo, Lorenzo

GRUPO DE TRABAJO

Bermejo González, Pilar

Cid González, Aurora

Fernández Lamparte, Mónica

Morán Iglesias, Jesús

Platas Ferreiro, Lydia

Diseño y realización:

Krissola diseño, S.L.

D.L.:

1. Introducción	112
2. Drogas y perspectiva de género: el género sí importa	116
¿Qué es el género?	117
Género y salud	118
Género y drogas	120
3. Los distintos significados de los consumos de drogas para hombres y mujeres	124
4. Consumo de drogas y género	128
Consumo de las distintas drogas según el género	129
Singularidades de los consumos en función del género	133
5. Las drogas y las consecuencias del consumo habitual o abusivo	142
Impacto de las drogas sobre la salud	143
Impacto de las drogas en la vida familiar y social	148
6. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres	150
7. Efectos de las drogas en la salud sexual y reproductiva	158
Drogas y fertilidad	159
Drogas y embarazo	161
Maternidad y adicción a las drogas	168
8. Drogas y sexualidad	170
Impacto de los consumos de drogas en la actividad sexual	171
Conductas de riesgo vinculadas a la actividad sexual	174
Drogas y prostitución	176
9. Motivaciones y factores asociados al consumo de drogas	178
Factores asociados al consumo de drogas entre las mujeres	179
Motivaciones específicas de las mujeres para el consumo de las distintas drogas	184
10. Publicidad y drogas	188
11. Drogas y violencia de género	192
12. Necesidades específicas de tratamiento de las mujeres drogodependientes	198
13. Barreras para el tratamiento de las mujeres drogodependientes	202
14. Respuestas a los problemas relacionados con las drogas con una perspectiva de género	206
15. Bibliografía	210
Anexo: glosario sobre género	214

1

Introducción



El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas. A pesar de ello, la perspectiva de género no ha sido incorporada a las investigaciones epidemiológicas realizadas en nuestro país y, consecuentemente, a las políticas que se vienen aplicando en los ámbitos de la prevención y asistencia de las drogodependencias.

El modelo tradicional de roles femenino y masculino, que vinculaba a las mujeres con el ámbito familiar y las tareas domésticas (incluyendo la crianza de los hijos y el cuidado de las personas dependientes) y a los hombres con la vida pública y el trabajo productivo, sigue todavía distorsionando el conocimiento y el análisis de la realidad de los consumos de drogas y las drogodependencias. El resultado de todo ello es que continúan interpretándose estos comportamientos en clave masculina, considerando que las mujeres mantienen un patrón de conducta similar al de los hombres.

Este sesgo tiene un importante impacto sobre los contenidos actuales de los programas preventivos y asistenciales en materia de drogodependencias, que se enfrentan a sus respectivas poblaciones destinatarias como si fueran un todo monolítico, que comparte idénticas características, motivaciones y problemas: los dominantes entre los hombres.

Así pues, no resulta extraño comprobar cómo, a pesar de los progresos logrados en el conocimiento de la epidemiología de las drogas, en la acumulación de evidencias científicas en torno a la efectividad de los programas de prevención de las drogodependencias y de las mejoras en las respuestas terapéuticas a las adicciones, se sabe muy poco sobre la situación diferencial en hombres y mujeres. La ausencia de la perspectiva de género hace que el nivel de conocimiento actual sobre algunas dimensiones que se mencionan seguidamente, por otra parte claves para el éxito de las estrategias preventivas y asistenciales, sea muy limitado:

- El impacto que la coexistencia de los modelos tradicional y contemporáneo de roles femenino y masculino tiene en los hábitos de consumo de hombres y mujeres.

- Los factores asociados o motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.
- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres a los efectos de las drogas.
- Los efectos o consecuencias que el uso y/o abuso de drogas tienen en hombres y mujeres, más allá de los relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Las dificultades que la superación de las adicciones plantea específicamente en los hombres y las mujeres.
- Los factores que determinan la efectividad de las estrategias preventivas y asistenciales con hombres y mujeres (el distinto nivel de éxito de dichas estrategias en el caso de los hombres y las mujeres).

El objetivo del presente documento marco es doble:

- **Sistematizar toda la información** relevante de que se dispone en la actualidad relacionada con las drogas y la perspectiva de género.
- **Persuadir a los profesionales** que trabajan en el campo de la prevención y la asistencia a las drogodependencias de la necesidad de incorporar la perspectiva de género al diseño de sus estrategias de intervención y a las actividades que desarrollan en su día a día.

2

Las drogas y perspectiva de género:
el género sí importa





¿Qué es el género?

El género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad (aquellos que le son asignados de manera diferencial a cada sexo por la cultura) y que son interiorizados por cada persona. Unas características que trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos.

La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo, que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, así como con distintos valores, creencias y actitudes.

La división de género imperante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de comportamiento obligadas, permitidas o prohibidas, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Estas pautas de comportamiento son transmitidas y reproducidas a través de distintos espacios de socialización, fundamentalmente la familia, la escuela y los medios de comunicación social.

Aunque la división de los roles femenino y masculino varía entre sociedades y en distintos momentos históricos, existe un modelo hegemónico (tradicional) de división de género del trabajo. Un modelo que asigna a los hombres la responsabilidad en el trabajo productivo, relacionado con lo social y externo a la familia, y a las mujeres la crianza de los hijos y el cuidado del hogar (el ámbito privado) y que incluye una serie de atributos o características diferentes para hombres y mujeres:

- **Las mujeres** son afectivas, maternales, intuitivas, sumisas, dependientes, personas que se preocupan de los demás.
- **Los hombres** son racionales, dominantes, fuertes e independientes.

Esta división de roles implica que los hombres disfruten de más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y a la falta de proyección social. Pero supone también la existencia de desigualdades respecto a la salud.



Género y **salud**

La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas existentes en relación con la salud, como es el hecho de que las mujeres viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres. Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con una posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y prácticas de riesgo que conducen a más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida (VERBRUGGE, LM. 1989).

Diversos estudios han documentado que las mujeres empleadas fuera del hogar tienen un mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa, situación que se explica por los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa, entre ellos las oportunidades que brinda para desarrollar la autoestima y la confianza personal, el contacto y apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas y las experiencias que aumentan la satisfacción personal. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la familia. Estas circunstancias apoyan la hipótesis de «potenciación de rol», según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007).

Las desigualdades de género a la hora de compaginar la vida laboral y familiar tienen, no obstante, un impacto claro sobre la salud. Varios estudios avalan la hipótesis de la sobrecarga y el conflicto de roles como condicionantes de la salud. Está documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras, pero no sobre la de las casadas (WALDRON, I. WEISS, C. C. y HUGHES, M. E. 1998) o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial, lo que parece confirmar que cuando la carga de trabajo total es alta, compaginar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud.

Pero, además, el género, las atribuciones que se realizan de los roles femenino y masculino, condiciona muchas de las conductas relacionadas con la salud. Es conocido que las mujeres se preocupan más y aplican más autocuidados a su salud que los hombres. Del mismo modo, si se analizan algunas de las principales causas de muerte en las sociedades desarrolladas (comportamientos que conducen a lesiones por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales, etc.), es posible comprobar la presencia de diferencias de género en estas conductas relacionadas con la salud.

Un buen ejemplo del impacto del género en la salud son las implicaciones negativas que el modelo tradicional de masculinidad tiene sobre la salud de los hombres (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007). Si bien la masculinidad puede parecer un factor promotor de la salud, que ofrece un mayor acceso a un amplio abanico de recursos, lo cierto es que la identidad masculina implica asumir riesgos para la salud, un condicionante del comportamiento especialmente perceptible entre los adolescentes. Asimismo, la socialización en el estereotipo de masculinidad significa resistencia a admitir debilidades, lo que suele asociarse con una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y con un menor uso de los servicios sanitarios cuando estos son necesarios (CAMERON, C. y BERNARDES, D. 1998).

Conviene destacar el hecho de que el modelo tradicional de socialización diferenciada de hombres y mujeres coexiste con un nuevo modelo contemporáneo de identidades y roles femenino y masculino. Esta convergencia o coexistencia temporal de modelos de socialización de género provoca que entren en conflicto los ideales de feminidad y masculinidad y la puesta en práctica de estas identidades, lo que incrementa la vulnerabilidad (VELASCO, S. 2006).

Un ejemplo claro de las repercusiones que este conflicto de roles tiene en la salud podemos encontrarlo en la modificación del comportamiento de muchas mujeres, que para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino asumen conductas de riesgo (tales como consumir tabaco, alcohol u otras drogas), que hasta no hace mucho tiempo eran características del rol masculino.

Pero la superación del modelo tradicional de socialización facilita también la introducción de cambios que favorecen la protección de la salud. En el caso de las mujeres, consiguiendo autonomía, independencia, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado y el servicio de los demás (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2007).



Género y **drogas**

A pesar del papel que el género tiene como condicionante de la salud, con frecuencia la investigación epidemiológica no ha tenido en cuenta esta perspectiva, como tampoco está presente en la mayoría de las iniciativas que se llevan a cabo en el campo de la promoción de la salud. Lógicamente, también en el ámbito de las drogodependencias está ausente la perspectiva de género.

Un error muy frecuente a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que entraña el consumo de drogas consiste en considerar a la población como un todo homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina. Todavía hoy se tiende a pensar que los consumos femeninos de drogas carecen de elementos singulares, ofreciendo las mismas interpretaciones y respuestas para hombres y mujeres, a pesar de que los factores que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas o a abusar de estas sustancias no siempre son coincidentes, como tampoco lo son sus patrones de consumo, las consecuencias o problemas que provocan o las necesidades que presentan.

Esta visión deformada de la realidad de las drogas está en gran medida propiciada por la vigencia que aún tiene en nuestra sociedad el modelo tradicional de roles masculino y femenino, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento impropio.

No obstante, este modelo tradicional de los roles, claramente sexista, está siendo superado por una realidad en la cual las experiencias vitales de las mujeres han dejado de estar asociadas exclusivamente al ámbito de la familia y la maternidad, para incorporar una dimensión pública relacionada con el empleo retribuido y la participación, en situación de relativa igualdad con los hombres, en prácticamente todas las esferas de la vida social y económica.

Una visión moderna y actualizada de las relaciones de género permite visualizar una realidad diferente, caracterizada por:

- El hecho de que tanto hombres como mujeres consumen drogas.
- Que las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos son diferentes en hombres y mujeres.

La perspectiva de género permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

Razones por las que es necesario abordar la prevención y el tratamiento de las drogodependencias desde una perspectiva de género

- Existen factores de riesgo que favorecen el inicio del consumo de drogas, o su continuidad, específicos para hombres y mujeres.
- Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a éstas.
- La adicción a las drogas entre hombres y mujeres tiene características diferentes. Está ampliamente documentado que la gravedad de los problemas de adicción es superior entre las mujeres y que el impacto familiar y social de las adicciones femeninas es superior.
- Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas.
- Las mujeres presentan, en general, una evolución menos favorable que los hombres en el tratamiento de las adicciones, en gran medida porque los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y porque las mujeres reciben más presiones de su entorno familiar y social para concluir cuanto antes el tratamiento y poder asumir de nuevo sus responsabilidades familiares.

**Abordar las drogas
y las drogodependencias
desde una perspectiva
de género supone:**



Tener presentes las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias.

Eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a programas y servicios preventivos y asistenciales.



3

Los distintos **significados**
de los consumos de drogas para hombres y mujeres



Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que en el caso de los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello, las mujeres adictas a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social.

La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles. Esta circunstancia explica, por ejemplo, cómo, siendo la proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol el doble que de mujeres, las tasas de tratamiento masculinas cuadruplican a las femeninas (RUBIO, G. y BLÁZQUEZ, A. 2000).

Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, que han sido incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado: ser una buena madre o una buena ama de casa. Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar.

Pero, además, deben hacer frente a la incomprensión y el rechazo por parte su entorno social más próximo. A diferencia de lo que les sucede a muchos hombres con problemas de adicción, a los que su pareja, familiares y amigos les ofrecen apoyo y colaboración para tratar de superarlo, numerosas mujeres se encuentran con el desinterés, cuando no con la oposición abierta de su entorno, a la hora de decidir iniciar un tratamiento. Es frecuente comprobar cómo cuando los consumos problemáticos son realizados por hombres sus parejas permanecen a su lado, cuidando de la familia y colaborando en el proceso de rehabilitación. Por el contrario, las parejas de las mujeres con problemas de adicción suelen abandonarlas, delegando el cuidado de los hijos en otros familiares.

Esta diferente respuesta del entorno social a los procesos de adicción a las drogas, en clave de género, explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo. No en vano, la identidad social femenina se construye sobre la afectividad y las relaciones con los demás, y la desconexión social es una experiencia especialmente traumática para ellas.

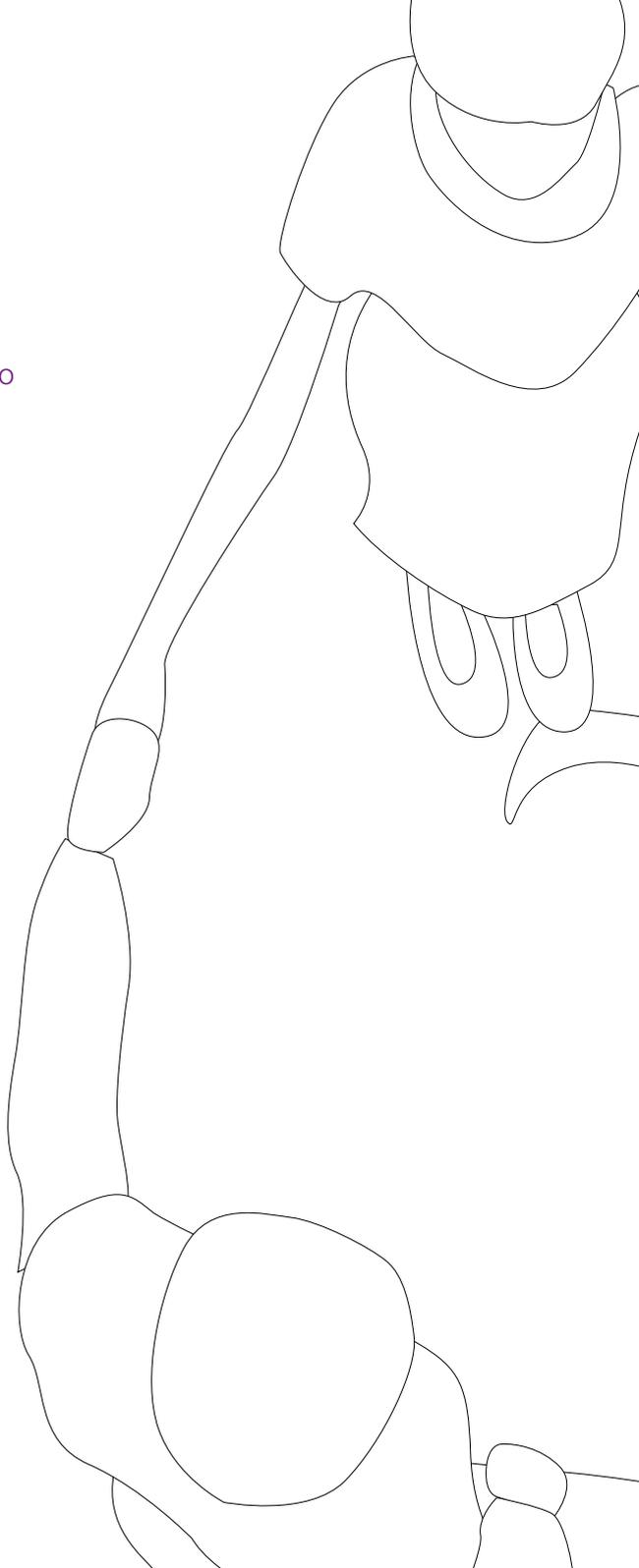
Bien es cierto que el significado y las percepciones de los consumos de drogas en función del género están muy condicionadas por el factor generacional. Si entre las personas adultas, en su mayoría educadas en un modelo tradicional de identidades y roles, el consumo de drogas por parte de las mujeres es percibido como un comportamiento reprobable, objeto de rechazo social, no ocurre lo mismo con las generaciones de adolescentes y jóvenes, educadas en valores que defienden la igualdad entre hombres y mujeres y que, consecuentemente, ven con normalidad el hecho de que compartan los mismos comportamientos y hábitos.

Así pues, existen dos lecturas diferenciadas que coexisten en nuestra sociedad en relación con el consumo de drogas por parte de las mujeres:

- La del rechazo cuando los consumos los realizan las mujeres adultas, por cuanto representan un claro desafío al rol tradicional femenino.
- La de su aceptación, más o menos tácita, cuando los consumos son realizados por las adolescentes y jóvenes, puesto que son percibidos como una expresión de una nueva cultura basada en la igualdad de género.

4

Consumo de drogas y género





Consumo de las distintas **drogas según el género**

El modelo tradicional de consumo de drogas, vigente en nuestra sociedad hasta comienzos de los años setenta, se caracterizaba porque el uso de drogas, básicamente alcohol y tabaco, se circunscribía fundamentalmente a la población masculina adulta. Este patrón cultural de relación con las drogas supuso que los consumos entre las mujeres se mantuvieran en niveles muy bajos, sensiblemente inferiores a los de los hombres.

A medida que la sociedad se fue modernizando y se redujeron las desigualdades de género, las mujeres comienzan a adquirir algunas de las conductas de riesgo tradicionalmente consideradas como típicamente masculinas, lo que se tradujo en un incremento sustancial de los consumos femeninos. Las mujeres, en su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, imitaron algunos comportamientos característicos del rol masculino, entre los que se incluye el uso de drogas.

A pesar de ello, y con la única excepción de los tranquilizantes, los consumos de drogas siguen siendo hoy día claramente superiores entre los hombres.

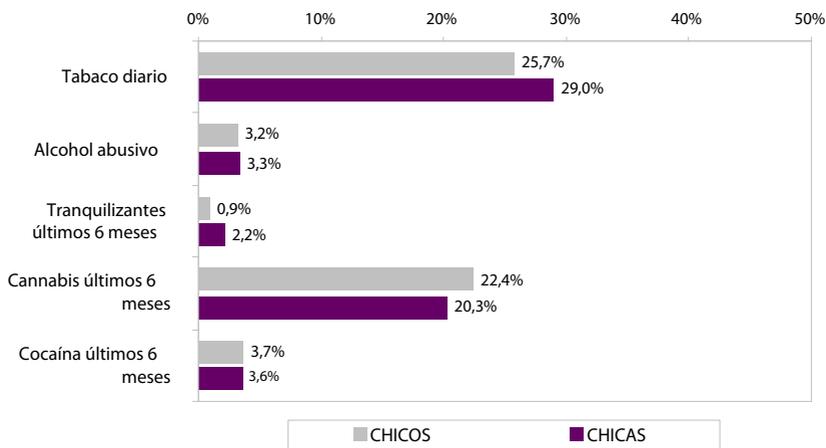
Consumo de drogas entre población de 12 y más años, según el género (%).
Galicia, 2006.

Sustancias	Total	Hombres	Mujeres
Tabaco (diario)	31,3	38,1	25,1
Alcohol (últimos 30 días)	67,3	79,1	56,4
Alcohol (abusivo)	4,5	6,4	2,8
Tranquilizantes (últimos 6 meses)	6,4	4,5	8,1
Hipnóticos (últimos 6 meses)	1,1	1,5	0,7
Cannabis (últimos 6 meses)	7,9	11,1	5,0
Cocaína (últimos 6 meses)	1,4	3,8	1,0
Drogas de síntesis (últimos 6 meses)	0,7	0,9	0,5
Anfetaminas (últimos 6 meses)	0,5	0,6	0,4
Alucinógenos (últimos 6 meses)	0,9	1,4	0,5
Heroína (últimos 6 meses)	0,2	0,4	0,1

FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Los consumos de drogas en función del género están muy condicionados por el factor generacional. Esta circunstancia explica cómo, en un escenario caracterizado por la supremacía de los consumos de drogas entre los hombres, la equiparación de los hábitos de consumo de drogas en hombres y mujeres es ya una realidad entre los adolescentes. De hecho, las y los adolescentes gallegos de 12 a 18 años fuman tabaco, beben alcohol (y abusan de él) y consumen cannabis y cocaína en porcentajes similares.

Consumo de drogas entre adolescentes de 12 a 18 años (%). Galicia, 2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Hay que señalar que las mujeres se inician en el consumo de tabaco, alcohol cannabis y anfetaminas más tarde que los hombres, mientras que por el contrario tienen un contacto más temprano con las drogas de síntesis, alucinógenos, heroína, tranquilizantes e hipnóticos (pastillas para dormir).

Edad media de inicio en el consumo de drogas, según el género (años). Galicia, 2006.

Sustancias	Total	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,7	16,4	17,2
Alcohol	16,8	16,5	17,2
Cannabis	17,2	17,2	17,3
Drogas de síntesis	18,8	19,1	17,4
Heroína	21,3	21,4	20,4
Alucinógenos	19,1	19,5	16,7
Cocaína	19,3	19,3	19,3
Anfetaminas	21,5	20,1	26,1
Tranquilizantes	38,6	41,5	37,2
Hipnóticos	40,8	49,7	33,1

FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.



Singularidades de los consumos en función del género



Tabaco

En el caso del tabaco, es perceptible la tendencia a la equiparación de los hábitos de consumo entre hombres y mujeres, aun cuando la incidencia del tabaquismo siga siendo superior entre los hombres:

- El porcentaje de fumadores diarios sigue siendo muy superior entre los hombres (del 38,1% frente al 25,1% de las mujeres).
- Los hombres consumen, de media, 3,3 cigarrillos más al día que las mujeres.
- Entre los adolescentes de 12 a 18 años el porcentaje de chicas que fuman diariamente (29,0%) supera al de chicos (25,7%). A partir de esa edad, el consumo diario de tabaco es superior entre los hombres, hasta alcanzar su máxima diferencia entre las personas de 55 o más años, grupo en el que por cada fumadora hay cuatro fumadores.
- El porcentaje de mujeres que no han fumado nunca (56%) es casi el doble que el de hombres (32,3%).

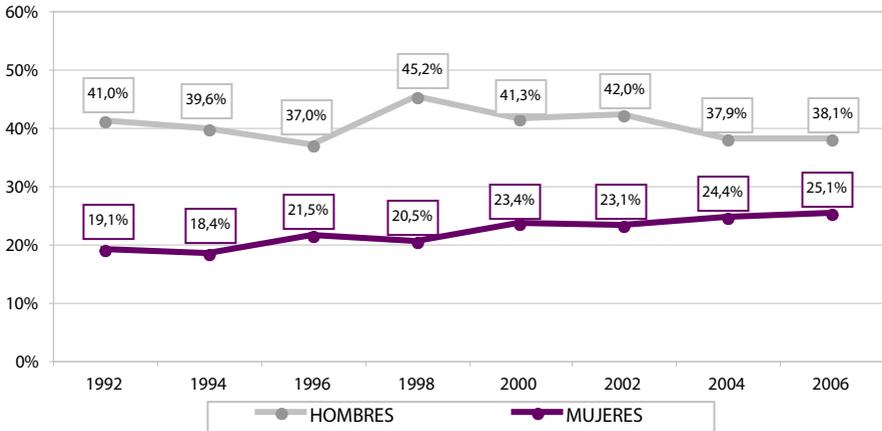
Fumadores diarios según el género y la edad (%). Galicia, 2006.

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e más
Hombres	38,1	25,7	48,6	43,4	42,5	30,6
Mujeres	25,1	29,0	46,1	38,3	31,8	7,5

FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

La evolución del tabaquismo en Galicia entre la población de 12 y más años durante el período 1992-2006 muestra un ligero incremento de la población que fuma diariamente (del 29,6% en 1992 al 31,3% de 2006). Esta tendencia se debe al incremento del tabaquismo entre las mujeres, puesto que entre los hombres se redujo levemente el porcentaje de fumadores diarios.

Evolución del consumo diario de tabaco, según el género. Galicia, 1992-2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Estudios realizados a nivel nacional (RODRÍGUEZ SANZ, M. et al. 2005) señalan que entre las mujeres de las clases sociales más altas continúa aumentando la frecuencia de fumadoras y de grandes fumadoras. Los motivos de esta situación estarían relacionados con las presiones que recibe este grupo, tanto por cargas estresantes (relacionadas con la conciliación de la vida familiar y laboral), como por los modelos de género vigentes, que pueden seguir validando el hecho de fumar como recurso estético. Asimismo, las mujeres laboralmente activas siguen registrando los mayores porcentajes de fumadoras, muy por encima de las que se dedican en exclusiva a las tareas del hogar. Esta situación no es atribuible tanto a la incidencia de la inserción en el mercado laboral sobre el consumo de tabaco como a la asociación de este hábito con los espacios públicos de sociabilidad.



Alcohol

Al igual que ocurre con el tabaco, en los últimos años se ha producido un importante incremento del consumo de bebidas alcohólicas entre las mujeres. A pesar de ello, los hombres consumen bebidas alcohólicas en una proporción sensiblemente superior, ingieren mayores cantidades, beben con mayor frecuencia y registran patrones de abuso de alcohol muy superiores a los de las mujeres.

- 👤 El porcentaje de bebedores diarios entre los hombres (27,4%) es más del doble que entre las mujeres (12,9%).
- 👤 Entre las mujeres se observa la presencia de un 73,7% de abstemias, frente al 47,5% en el caso de los varones.
- 👤 El porcentaje de bebedores abusivos es más del doble entre los hombres (6,4%) que entre las mujeres (2,8%).
- 👤 No obstante, entre los adolescentes los porcentajes de bebedores abusivos son prácticamente idénticos entre los chicos y las chicas.

Bebedores abusivos según el género y la edad. Galicia, 2006.

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 y mas
Hombres	6,4	3,2	5,8	7,1	9,3	4,7
Mujeres	2,8	3,3	5,4	3,6	1,0	2,0

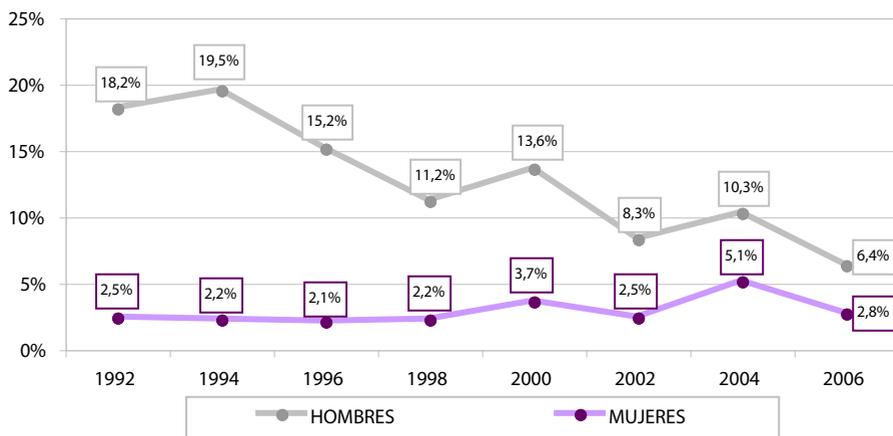
FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

La evolución del consumo de alcohol entre la población gallega de 12 y más años en el período 1992-2006 confirma la existencia de diferencias relevantes en función del género:

👤 Si bien el porcentaje de consumidores de alcohol en los últimos 30 días ha crecido tanto en hombres como en mujeres, entre estas últimas lo hizo de forma mucho más intensa. Entre 1996 y 2006 el porcentaje de consumidores de alcohol en el último mes pasó del 70,4% al 79,1% entre los hombres y del 38,7% al 56,4% entre las mujeres.

👤 Frente al importantísimo descenso experimentado en el consumo abusivo de alcohol por parte de los hombres, el porcentaje de mujeres que beben abusivamente creció levemente, a pesar de lo cual el consumo abusivo de alcohol masculino sigue siendo más del doble que el femenino.

Evolución del consumo abusivo de alcohol, según el género. Galicia, 1992-2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Estudios realizados en España (RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. 2006) indican que, mientras que los hombres de clases sociales menos favorecidas son quienes presentan mayores prevalencias de consumos de riesgo de alcohol, en el caso de las mujeres estos consumos se localizan entre las de clases más favorecidas. Esta pauta de consumo de riesgo en función de la clase social, en el caso de las mujeres podría estar relacionada, al igual que ocurre con el tabaco, con el cambio de las expectativas que supone el modelo actual de género, que facilitaría la adopción de conductas que hasta hace no mucho tiempo se consideraban propiamente masculinas.



Tranquilizantes

El consumo de tranquilizantes ha sido tradicionalmente superior entre las mujeres, cuyas prevalencias de uso en los últimos seis meses son casi el doble que entre los hombres, desproporción que se mantiene en todos los grupos de edad.

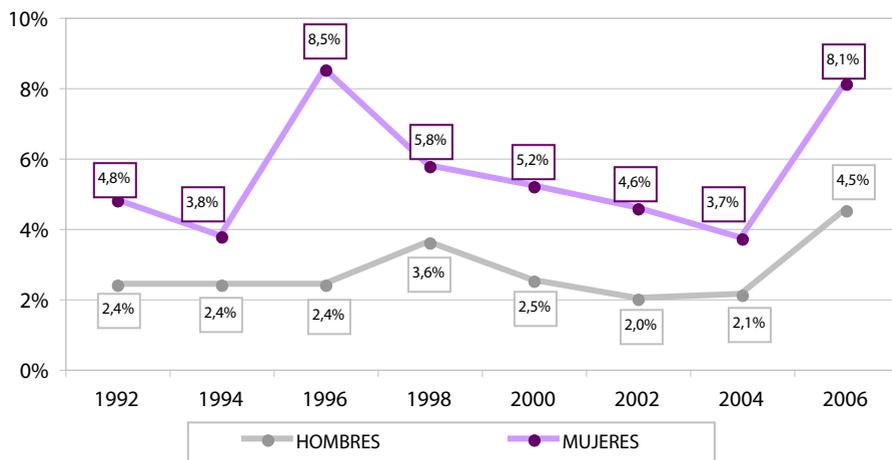
El mayor nivel de uso de tranquilizantes por parte de las mujeres se relaciona con el rol tradicional centrado en la reproducción y el cuidado del hogar (incluyendo el cuidado de los hijos y las personas dependientes), lo que favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, la ausencia de reconocimiento y valoración social y la carencia de proyectos y espacios propios para la realización personal.

La sobrecarga física y emocional a que se ven sometidas numerosas mujeres se incrementa entre aquellas que compatibilizan el trabajo productivo fuera del hogar y las tareas domésticas, en especial en los hogares monoparentales liderados por mujeres con hijos menores a su cargo.

La creciente utilización de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos y ansiolíticos) para el tratamiento de problemas psicológicos provocados por las tensiones sociales (familiares, laborales, etc.) llevó a las autoridades sanitarias a intensificar el control de su uso, lo que contribuyó a reducir su nivel de consumo. Sin embargo, en los últimos años se habría producido un repunte en el uso de tranquilizantes, tanto entre los hombres como entre las mujeres, manteniéndose la desproporción de uso a favor de éstas.

Evolución del consumo de tranquilizantes (últimos 6 meses), según el género.

Galicia, 1992-2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.



Drogas ilícitas

Los consumos de drogas ilícitas son muy superiores entre los hombres; sin embargo, estas diferencias se acortan, hasta casi desaparecer, en el caso de los adolescentes:

✿ El consumo de cocaína entre los adolescentes de 12 a 18 años en los últimos 6 meses alcanza el 3,7% entre los chicos y el 3,6% entre las chicas.

✿ Por su parte, el consumo de cannabis en este mismo período es del 22,4% entre los chicos y del 20,3% entre las chicas.

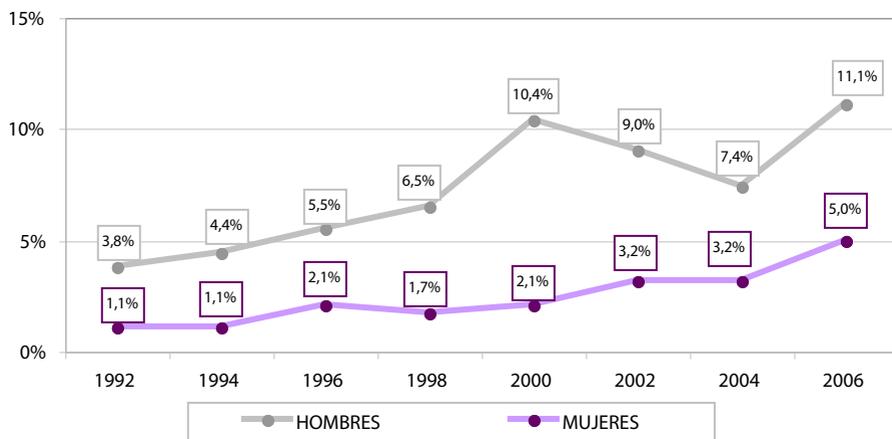
✿ A partir de los 40 años la presencia de mujeres consumidoras de drogas ilícitas se reduce de forma drástica, hasta alcanzar niveles testimoniales en el caso de sustancias como la cocaína.

La evolución del consumo de drogas ilícitas en el período 1992-2006 muestra cómo, a pesar de haber crecido de forma significativa entre las mujeres, sigue manteniéndose en niveles sensiblemente inferiores a los observados entre los hombres. Sin embargo, el ritmo de crecimiento de los consumos ha sido proporcionalmente más intenso entre las mujeres, circunstancia que, unida a la equiparación de los consumos en los grupos de edad más jóvenes, hace previsible que en el futuro continúen reduciéndose las diferencias de consumo en función del género.

Mientras que entre los adolescentes el género no introduce diferencias significativas en los niveles de consumo, pues chicas y chicos participan de un patrón mayoritariamente asociado a motivaciones lúdicas, no sucede lo mismo entre las personas adultas. Numerosos estudios indican que la iniciación al consumo de drogas por parte de las mujeres se asocia a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como repuesta a situaciones conflictivas a nivel personal o familiar (violencia, abusos, etc.).

Evolución del consumo de cannabis (últimos 6 meses), según el género.

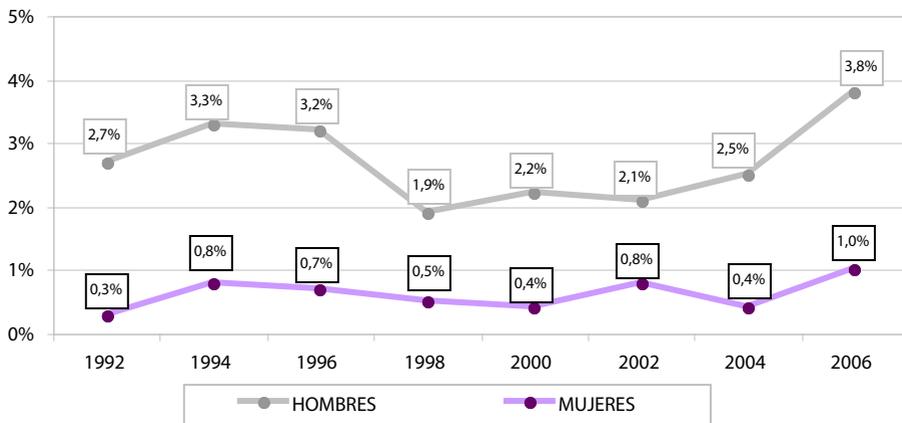
Galicia, 1992-2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Evolución del consumo de cocaína (últimos 6 meses), según el género.

Galicia, 1992-2006.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Le interesa saber que:



- Aunque los consumos de drogas son menos frecuentes entre las mujeres, éstas son más vulnerables a sus efectos.

En el caso del alcohol, las diferencias en los procesos de metabolización de las bebidas alcohólicas y en el peso corporal justifican que el Ministerio de Sanidad y Consumo fije un umbral para los consumos de riesgo diferentes para cada sexo: para los hombres de 28-35 unidades básicas estándar de alcohol semanales (el equivalente a 28-35 copas de vino o cañas de cerveza) y de 17-21 UBE para las mujeres.

- Las mujeres tienen mayores dificultades para iniciar tratamiento por los problemas de adicción a estas sustancias.

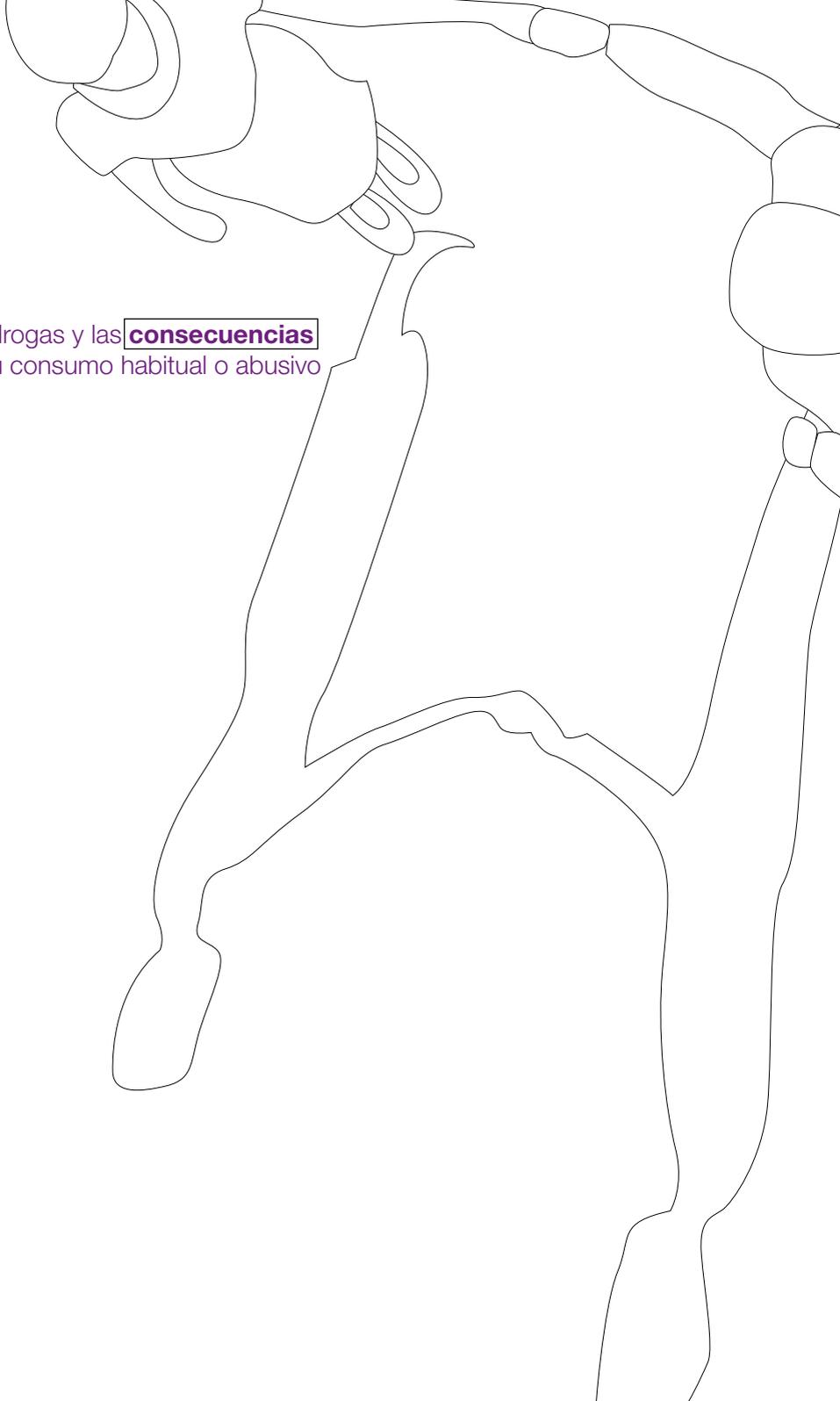
Los datos epidemiológicos indican que las mujeres con problemas de adicción a las drogas se ponen en tratamiento para superarlos en menor proporción que los hombres y, además, muestran una evolución menos favorable en los tratamientos. Ello es debido a que las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para iniciar el tratamiento de las adicciones: a) cuentan con menos apoyo familiar y social, b) el inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y los hijos menores y c) temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de sus hijos.

- Las mujeres tienen una evolución menos positiva o favorable que los hombres cuando se incorporan a tratamientos de las adicciones.

En la menor eficacia que los tratamientos de las adicciones tienen entre las mujeres influye tanto el hecho de que muchos de los servicios asistenciales no están adaptados a las necesidades particulares de las mujeres como la presión que el propio entorno familiar ejerce para que el tratamiento termine lo antes posible, con el fin de que las mujeres puedan asumir de nuevo sus responsabilidades en el hogar (que con frecuencia priorizan el cuidado de los hijos y el hogar frente a su propia rehabilitación).

5

Las drogas y las **consecuencias**
de su consumo habitual o abusivo

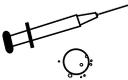




Impacto de las drogas en la **salud**

El uso y abuso de drogas es uno de los principales factores determinantes de la salud, en particular entre la población joven, una conducta que afecta de forma diferente a hombres y mujeres. No obstante, el consumo de drogas tiene una serie de efectos o consecuencias sobre la salud, comunes para hombres y mujeres, entre los que cabe mencionar:

Complicaciones a nivel físico

	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos digestivos: gastritis, úlceras, cáncer de colon, recto y estómago.  Lesiones en el hígado (hepatitis, cirrosis y cáncer) y páncreas.  Trastornos hematológicos (en la sangre).  Trastornos cardiovasculares: hipertensión, arritmias, cardiopatías, etc.  Trastornos metabólicos y endocrinos.  Trastornos neurológicos.  Envejecimiento precoz.
	<p>Tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none">  Problemas respiratorios: bronquitis, asma, enfisema.  Problemas cardiovasculares: hipertensión, infarto y angina de pecho.  Cáncer de pulmón, boca, laringe, faringe, esófago, etc.  Problemas digestivos (gastritis, úlcera).  Envejecimiento prematuro.  Reducción de los años de vida.
	<p>Tranquilizantes</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteraciones neurológicas (temblores y vértigo).  Dolor de cabeza.
	<p>Cannabis (hachís, marihuana)</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteraciones respiratorias, cardiovasculares y procesos cancerosos similares al tabaco.  Alteraciones del ritmo cardíaco.
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteraciones cardiovasculares: taquicardias, infartos de miocardio, etc.  Alteraciones neurológicas (hemorragias cerebrales, interrupción brusca de la actividad cerebral, crisis convulsivas, etc).  Problemas respiratorios.  Anorexia, pérdida de peso.  Muertes por reacción aguda o sobredosis.
	<p>Anfetaminas y drogas de síntesis</p>	<ul style="list-style-type: none">  Anorexia y pérdida de peso.  Accidentes cardiovasculares (infartos, etc.).
	<p>Heroína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteraciones digestivas, renales, hepáticas, neurológicas, cardiovasculares, del sistema endocrino e inmunitario y del aparato locomotor.  Enfermedades infecciosas relacionadas con prácticas de riesgo (VIH/sida, hepatitis, etc.).

Complicaciones a nivel psicológico o mental

	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos del humor (afectivos): depresión, disforia, irritabilidad, agresividad etc.  Trastornos de ansiedad.  Alteraciones del sueño (insomnio).  Trastornos psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.).  Alteraciones de la conciencia y la memoria, demencia, etc.
	<p>Tranquilizantes</p>	<ul style="list-style-type: none">  Depresión, falta de motivación, ansiedad.  Trastornos del sueño.  Algunas personas experimentan pérdida de memoria, toma de decisiones erróneas y dificultades de atención.
	<p>Cannabis (hachís, marihuana)</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteración del aprendizaje y la memoria.  Trastornos emocionales (depresión, ansiedad).  Síndrome amotivacional (apatía, empobrecimiento afectivo, desinterés).  En personas con cierta predisposición, facilita la aparición de trastornos psiquiátricos graves (brotos esquizofrénicos, alucinaciones, delirios y paranoias).
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos de la atención, la concentración y el sueño.  Trastornos psíquicos severos: ideas paranoides, depresión, agotamiento, crisis de angustia, ideas suicidas, etc.  Agresividad y conductas violentas.  Reducción de la capacidad para experimentar placer de forma natural.
	<p>Anfetaminas y drogas de síntesis</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnio).  Pérdida de memoria y dificultad de concentración.  Ansiedad, episodios de pánico y depresión severa.  Trastornos psicóticos: delirios paranoides, alucinaciones, despersonalización y pérdida de contacto con la realidad.
	<p>Heroína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos de la memoria, depresión, falta de motivación (síndrome amotivacional).  Episodios esquizofrénicos, trastornos delirantes orgánicos, trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.

Y quizás lo más importante,



el consumo continuado durante períodos prolongados de cualquiera de las drogas mencionadas tiene además unos efectos comunes en la salud, como son su capacidad para provocar:

- Dependencia.
- Tolerancia (se precisan mayores dosis para obtener los mismos efectos).
- La aparición de síndrome de abstinencia cuando se suspende el consumo, caracterizado por la presencia de diferentes síntomas desagradables que varían según las sustancias (ansiedad, irritabilidad, dificultades para dormir, alucinaciones visuales o auditivas en los casos de alcoholismo, etc.).



Impacto de las drogas en la **vida familiar y social**

El consumo de alcohol u otras drogas (cocaína, heroína, etc.) provoca:		
	Problemas familiares	<ul style="list-style-type: none">  El deterioro de las relaciones familiares y/o de pareja: discusiones con los padres o la pareja, separaciones, divorcios, etc.  La partición de episodios de violencia doméstica.  La desatención o incumplimiento de obligaciones familiares (falta de colaboración en tareas domésticas, desatención de hijos menores, etc.).  Problemas económicos (al dedicar grandes sumas de dinero a financiar el consumo).  El aislamiento social de los consumidores y su familia (ruptura de relaciones con amigos, rechazo social, etc.).
	Problemas laborales	<ul style="list-style-type: none">  Absentismo laboral, retrasos y bajas por enfermedad.  Accidentes laborales, al verse alteradas las capacidades físicas e intelectuales.  Despidos y sanciones por incumplimiento de las obligaciones laborales.  Disminución del rendimiento laboral y deficiente calidad del trabajo.  Conflictos y malas relaciones con superiores y compañeros.
	Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none">  Reducción intensa del rendimiento escolar como resultado del descenso del rendimiento intelectual y de los problemas de atención, concentración y memoria asociados al consumo.  Pérdida de interés por los estudios y abandono temprano del sistema educativo.  Absentismo y fracaso escolar.  Problemas de relación con compañeros y profesores.
	Problemas legales	<ul style="list-style-type: none">  Sanciones y multas por conducir vehículos bajo la influencia del alcohol u otras drogas.  Arrestos o detenciones por implicación en peleas o agresiones.  Comisión de delitos para financiar el consumo.

6

Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres



Hombres y mujeres tienen diferentes características físicas, psicológicas y sociales que son la causa del distinto impacto de los consumos de drogas:

- **Diferencias físicas.** Perceptibles en el peso, la altura, la fuerza, el funcionamiento hormonal y en las respuestas biológicas frente a las drogas.
- **Psicológicas.** Derivadas tanto de factores genéticos (existen diferencias en el funcionamiento del cerebro de hombres y mujeres) como educativos, y que afectan a la distinta capacidad de hombres y mujeres para: simultanear la realización de tareas, de concentración, orientación, habilidades verbales y cognitivas, memoria, capacidad de aprendizaje y en la relevancia dada a los aspectos emocionales, en este último caso mayor entre las mujeres, lo que las hace más vulnerables a los trastornos del estado de ánimo.
- **Sociales.** Con distintos roles sociales y niveles de reconocimiento y valoración social, participación social y poder.

El escaso interés prestado hasta el momento por la perspectiva de género en las investigaciones epidemiológicas provoca que el conocimiento sobre el impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres sea limitado y se centre, sobre todo, en sustancias como el tabaco y el alcohol.

Elementos característicos de las adicciones a drogas presentes en las mujeres basados en investigaciones

- El comienzo al consumo de drogas es algo más tardío.
- Los trastornos adictivos progresan de forma más rápida.
- Mayor severidad de la adicción.
- Consumen menos cantidades que los hombres, pero los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves.
- Sufren de manera singular el impacto de las drogas en la actividad reproductora.
- Presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia de las drogas.
- Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.
- La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.
- Mayor probabilidad de tener historia de abuso físico o sexual.
- Mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.
- Una elevadísima probabilidad de sufrir malos tratos físicos o psicológicos a manos de su pareja.
- Más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Cuentan con menos apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.
- Disponen de menos recursos o de mayores dificultades para acceder a ellos, en especial cuando tienen hijos menores.

Aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia de las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad, lo que las hace merecedoras de una atención específica.

A continuación se resumen las principales evidencias disponibles sobre el impacto que tienen las distintas drogas en clave de género.



Tabaco

Los estudios demuestran que la toxicidad del tabaco afecta tanto a hombres como a mujeres, y en un grado similar, reiterando el hecho de que, cuando las mujeres fuman como los hombres, enferman y mueren como ellos (REDONDO, J. et al. 2007). Sin embargo, las mujeres tienen una especial vulnerabilidad frente al tabaco, fundamentalmente por sus efectos en la función ovárica y en la secreción de estrógenos, además de por sus efectos sobre el feto cuando se mantiene el hábito tabáquico durante el embarazo.

El consumo de tabaco tiene un efecto antiestrogénico (las fumadoras se comportan como si tuvieran una deficiencia relativa de estrógenos), lo que agrava una serie de enfermedades o situaciones patológicas que se ven afectadas por esta ausencia, provocando:

- El adelanto de la menopausia.
- La aparición precoz y evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica y de sus consecuencias.
- Una mayor presencia o incidencia de quistes ováricos y de mastitis (inflamación de la mama).
- Una mayor frecuencia del cáncer de cuello uterino.
- Menstruaciones dolorosas.
- Mayor riesgo de aparición de miomas uterinos y endometriosis.
- Más probabilidad de aparición de cáncer de cérvix.

Como contrapartida, el impacto del tabaco en la secreción de estrógenos reduce hasta en un 50% el riesgo de cáncer de endometrio, aunque la evolución de la enfermedad es más desfavorable entre las fumadoras.

El aumento del tabaquismo entre las mujeres ha originado un intenso incremento del cáncer de pulmón entre éstas: en los últimos 10 años la mortalidad por cáncer de pulmón creció un 20% entre las mujeres, frente a un 5% entre los hombres. Además, ha aumentado la incidencia de cáncer oral, de garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, riñón, cérvix y útero. Estudios recientes ponen en evidencia que el tabaco puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama.



Alcohol

Consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia superiores a los hombres. Esto es debido a que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres (tienen menos enzimas metabolizantes del alcohol, más tejido graso y menos sangre y agua), lo que provoca que, ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres, su concentración de alcohol en sangre sea mayor.

Las evidencias científicas señalan que las mujeres toleran peor el alcohol que los hombres, mostrando una mayor vulnerabilidad a sus efectos y exponiéndose más que ellos al riesgo de daños hepáticos (hepatitis, cirrosis), cerebrales y enfermedades cardíacas (MARSHALL, A. W., et al. 1983, HILL, S. Y. 1984, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1999). Otra peculiaridad que afecta a las mujeres es el hecho de que los daños del abuso de alcohol tienen en ellas una evolución mucho más rápida (RUBIO, G. y BLÁZQUEZ, A. 2000). Diversos factores metabólicos, endocrinos y genéticos hacen que en las mujeres se instauren problemas de alcoholismo en menos tiempo que entre los hombres y que sufran disfunciones cerebrales y desarrollen enfermedades hepáticas y cardíacas de manera más temprana que los hombres, incluso cuando beben menos que ellos.

Aunque a lo largo de la vida las mujeres alcohólicas beben menos y durante menos tiempo que sus homólogos varones, la probabilidad de que desarrollen hepatitis y/o cirrosis alcohólica y mueran de eso es mucho mayor. La mortalidad entre las mujeres alcohólicas a las cuales se les ha diagnosticado cirrosis a los cinco años es casi el doble que la de los hombres que padecen esta enfermedad. Por su parte, las mujeres que sufren de cirrosis alcohólica mueren casi una década antes que los hombres (SÁNCHEZ-HERVAS, E. et al. 2003).

Estudios de imágenes cerebrales muestran que las mujeres alcohólicas pierden mayor cantidad de tejido cerebral que los hombres; por esta razón, las mujeres alcohólicas registran disfunciones cerebrales de forma más temprana y experimentan un mayor deterioro intelectual y un mayor riesgo de complicaciones neuropsiquiátricas.

Las mujeres deben hacer frente a una serie de riesgos y consecuencias particulares derivados del abuso del alcohol; entre otros:

🍷 Osteoporosis.

🍷 Alteraciones del embarazo.

- 👤 Alteraciones ginecológicas y disfunciones sexuales.
- 👤 Mayores tasas de mortalidad.
- 👤 Depresión y suicidios. Entre las mujeres alcohólicas son más frecuentes los problemas depresivos, de baja autoestima y soledad que entre los varones alcohólicos (BECKMAN, L. J. y AMARO, H. 1984).
- 👤 Cáncer de mama.



Tranquilizantes

Las diferencias en los procesos de absorción y metabolización de los tranquilizantes en función del género explican por qué:

- 👤 Las mujeres necesitan una dosis menor que los varones para obtener los mismos efectos terapéuticos.
- 👤 Las mujeres experimentan hasta el doble de efectos secundarios que los hombres durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos (ROBINSON, G. E. 2002).

Otros estudios señalan que las mujeres consumidoras de tranquilizantes tienen una mayor tendencia que los hombres a mezclarlos con el alcohol, lo que incrementa el riesgo de accidentes e intoxicaciones.



Cannabis

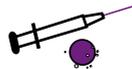
Los trastornos de ansiedad asociados al consumo de cannabis son más frecuentes entre las mujeres.



Cocaína

El género establece diferencias en la farmacocinética de la cocaína (en los procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de ésta en el organismo) que explican que, ante la misma dosis, hombres y mujeres tengan distintos niveles de cocaína en sangre. Ello muestra por qué las mujeres son, en general, más vulnerables a los efectos de la cocaína.

También los ciclos menstruales alteran la toxicidad de la cocaína, de modo que, en función del nivel de estrógenos, se produce en las mujeres una respuesta diferente en la disfunción cerebral generada por el uso crónico de cocaína.



Heroína

No existen conclusiones definitivas respecto a la influencia del género en las consecuencias que se derivan del uso y abuso de la heroína. Algunos autores señalan que las mujeres desarrollan de manera más rápida la adicción a esta sustancia, consumen mayores cantidades y se someten a prácticas de riesgo, como el uso compartido de jeringuillas, en mayor proporción que los hombres.

7

Efectos de las drogas en la salud sexual y reproductiva

El consumo de drogas tiene un impacto muy negativo sobre la salud sexual y reproductiva, provocando:

- La reducción de la fertilidad.
- Alteraciones en el curso del embarazo, con diversos daños para el feto y el recién nacido.
- Disfunciones sexuales y conductas de riesgo.
- La transmisión de enfermedades infecciosas.



Drogas y **fertilidad**

Aunque todavía se están investigando los mecanismos por los que las diferentes drogas afectan al funcionamiento del aparato reproductor, lo cierto es que provoca un importante descenso de la fertilidad. Los resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento confirman que el consumo de estas sustancias afecta al funcionamiento de los ovarios, alterando los ciclos menstruales.

Efectos

	<p>Tabaco (REDONDO, J. et al. (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Reducción de la fertilidad, tanto en mujeres como en hombres. Las sustancias tóxicas presentes en el tabaco afectan a la reproducción humana y reducen de forma significativa y progresiva, según la cantidad consumida, la fertilidad de las mujeres que desean tener hijos. <ul style="list-style-type: none"> — Puede existir un retraso en la concepción. Entre las mujeres fumadoras las posibilidades de concebir se reducen entre un 10% y un 40% por ciclo, y cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos más tarda la mujer en quedarse embarazada (OLSEN, J. 1991). — También puede existir infertilidad. De hecho, las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las mujeres no fumadoras (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001). — Reducción del éxito de los tratamientos de reproducción asistida. — Incremento del riesgo de padecer infarto agudo de miocardio entre las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales, en especial de las que tienen 35 años o más. Las fumadoras que toman anticonceptivos orales tienen un riesgo de padecer infarto agudo de miocardio 20 veces superior a las no fumadoras (WHO 1996). — El adelanto de la menopausia (en dos años como promedio). Las mujeres que fuman un paquete diario de cigarrillos durante 20 años tienen un riesgo de menopausia precoz tres veces superior a las no fumadoras.
	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Aparición de ciclos menstruales irregulares. — Ausencia de ovulación. — Un mayor riesgo de abortos. — Aparición de menopausia precoz.
	<p>Cannabis (hachís, marihuana)</p>	<p>El consumo de hachís o marihuana provoca cambios hormonales que dan lugar a (PASCUAL, J. et al. 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> — Trastornos menstruales. — Ciclos sin ovulación. — Abortos espontáneos.
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Alteración de los ciclos menstruales. — Ausencia de menstruación. — Reducción del número de ciclos ovulatorios. — Secreción láctea de la mama fuera del embarazo y del período de lactancia (galactorrea).
	<p>Heroína y otros opiáceos</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Alteración de los ciclos menstruales. — Ausencia de reglas.



Drogas y **embarazo**

El consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo implica graves riesgos para el feto y el recién nacido, puesto que estas sustancias atraviesan la barrera placentaria y hematoencefálica (pared de los capilares encefálicos que dificulta o impide el paso de determinadas sustancias desde la sangre al sistema nervioso) y pasan también a la leche materna.



Repercusiones del tabaquismo

Numerosos estudios confirman el grave impacto que el tabaco tiene en el desarrollo del feto, el parto y en el desarrollo de los recién nacidos. El consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo incrementa el riesgo de:

- Complicaciones de la placenta.
- Rotura prematura de membranas (incrementa el riesgo de rotura precoz de la bolsa y de hemorragia perinatal).
- Embarazos ectópicos (implantación del embrión fuera de la cavidad endometrial).
- Abortos espontáneos.
- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer (los hijos de madres fumadoras pesan 300 gramos y miden 1 centímetro menos al nacer de media).
- Mortalidad perinatal (previa o inmediatamente posterior al nacimiento).
- Los hijos de madres fumadoras tienen con mayor frecuencia problemas respiratorios (mayor propensión a ser asmáticos, etc.).
- El consumo muy elevado de tabaco aumenta el riesgo de exposición de los hijos a la diabetes tipo II y a la obesidad en la etapa adulta.
- Fumar durante el embarazo daña el corazón del feto (MALIK, S. et al. 2008).

En el caso del tabaquismo pasivo (la exposición del recién nacido a los efectos del tabaco), se incrementa el riesgo de “síndrome de muerte súbita del lactante”, de otitis media y de enfermedades respiratorias, incluyendo el asma.

El 25% de los abortos espontáneos y el 20% de las muertes durante el primer año de vida podrían evitarse si las mujeres embarazadas dejaran de fumar.



Repercusiones del consumo de alcohol

La ingesta de cualquier cantidad de bebidas alcohólicas durante el embarazo supone un grave riesgo para el feto, incrementando el riesgo de que los recién nacidos presenten anomalías congénitas. El consumo de alcohol durante el embarazo es la principal causa de retraso mental (el 5% de todas las anomalías congénitas son achacables al alcohol). Se estima que al menos uno de cada 3.000 nacidos vivos presenta una serie de anomalías o defectos que se conocen como “síndrome alcohólico fetal”, entre las que se incluyen: retraso en el crecimiento pre y postnatal, alteraciones del SNC, alteraciones del rostro y diversas anomalías congénitas.

La ingesta materna de alcohol durante el embarazo puede afectar al feto y al recién nacido de manera muy negativa, incrementando el riesgo de que:

- 🍷 Los niños/as sean más pequeños/as al nacer.
- 🍷 Crezcan menos y más despacio que otros niños/as.
- 🍷 Presenten alteración de los rasgos faciales.
- 🍷 Problemas y malformaciones de distintas partes del organismo, como el corazón, los riñones, el tubo digestivo, las extremidades, etc.
- 🍷 Retraso mental en distintos grados (el alcohol es la primera causa no genética de retraso mental).
- 🍷 Presenten lo que se conoce como síndrome alcohólico fetal.
- 🍷 Hiperactividad.
- 🍷 Problemas del lenguaje, de adaptación y coordinación.

Existe relación entre la dosis de alcohol consumida por las madres y los efectos causados en los hijos. Las malformaciones más graves entre los niños afectados por la exposición al alcohol se producen entre alcohólicas crónicas. También la exposición temporal al alcohol, pero en grandes cantidades, se asocia con el incremento del riesgo de malformaciones congénitas graves. No obstante, se ha comprobado que el consumo de pequeñas dosis durante todo el período de gestación origina la disminución del coeficiente intelectual de los hijos.

Además del impacto sobre el feto y los recién nacidos, la ingesta de alcohol causa diversos problemas sobre el embarazo:

- 🍷 Incrementa el riesgo de abortos espontáneos.
- 🍷 Alteraciones de la placenta.
- 🍷 Sangrado vaginal.



Repercusiones del consumo de tranquilizantes

- 👶 El abuso de tranquilizantes durante el embarazo puede provocar deformaciones en la cara de los recién nacidos y anomalías cerebrales.
- 👶 Los hijos de las mujeres consumidoras de tranquilizantes pueden nacer con dependencia de éstos o sufrir problemas respiratorios.



Repercusiones del consumo de drogas ilícitas

Los hijos de madres consumidoras de drogas pesan menos al nacer y presentan con mayor frecuencia malformaciones congénitas y otros defectos tales como: espina bífida, atresia de esófago, ausencia de ano, rotura de la pared abdominal, alteraciones cardiovasculares y malformaciones renales y urinarias.

Además causa otros problemas:

- ☹ Aumento del riesgo de aborto.
- ☹ Presencia de un síndrome de abstinencia a drogas en el recién nacido.

Cannabis

El THC, principal principio activo del hachís y la marihuana, atraviesa la barrera placentaria y se acumula en la leche, por lo que no se recomienda la lactancia materna en consumidoras de cannabis.

El consumo habitual de hachís o marihuana durante el embarazo perjudica el desarrollo del feto, provocando:

- ✿ La reducción del peso de los recién nacidos.
- ✿ La alteración de las funciones cognitivas-mentales de los niños.
- ✿ La aparición de trastornos de atención (escasa atención a los estímulos visuales) e hiperactividad.

El consumo de cannabis durante el embarazo se asocia a:

- ✿ Una tasa más alta de prematuridad y de inmadurez fetal, así como de complicaciones obstétricas.
- ✿ Los recién nacidos presentan en los días inmediatos al nacimiento hiporreactividad a estímulos, irritabilidad y trastornos del sueño, lo que parece asociarse a un cuadro de abstinencia.
- ✿ A más largo plazo, se detecta retraso en la habilidad y la memoria verbales.

Cocaína

El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a un riesgo elevado de:

- ☞ Aborto.
- ☞ Muerte fetal intrauterina.
- ☞ Prematuridad con inmadurez fetal.
- ☞ Menor peso de los bebés al nacer.
- ☞ Daños en el desarrollo del feto (toxicidad sobre el feto).
- ☞ Daños cerebrales. La cocaína atraviesa la placenta y provoca efectos nocivos sobre el feto, especialmente lesiones cerebrales, que pueden ser la causa de la muerte intrauterina o de daños cerebrales permanentes después del nacimiento. Estos daños pueden ser el motivo por el cual muchos de estos niños padezcan hiperactividad, crezcan con trastornos de personalidad y de la organización de la respuesta a estímulos ambientales, con retraso cog-

nitivo y a que en la vida adulta tengan una mayor predisposición a padecer trastornos neuropsiquiátricos.

Anfetaminas y drogas de síntesis

Tienen un impacto negativo sobre el crecimiento fetal, incrementando el riesgo de las malformaciones cardíacas y del paladar hendido de los recién nacidos. La ingesta materna de éxtasis durante el embarazo se relaciona con un mayor riesgo de malformaciones congénitas.

Heroína y otros opiáceos

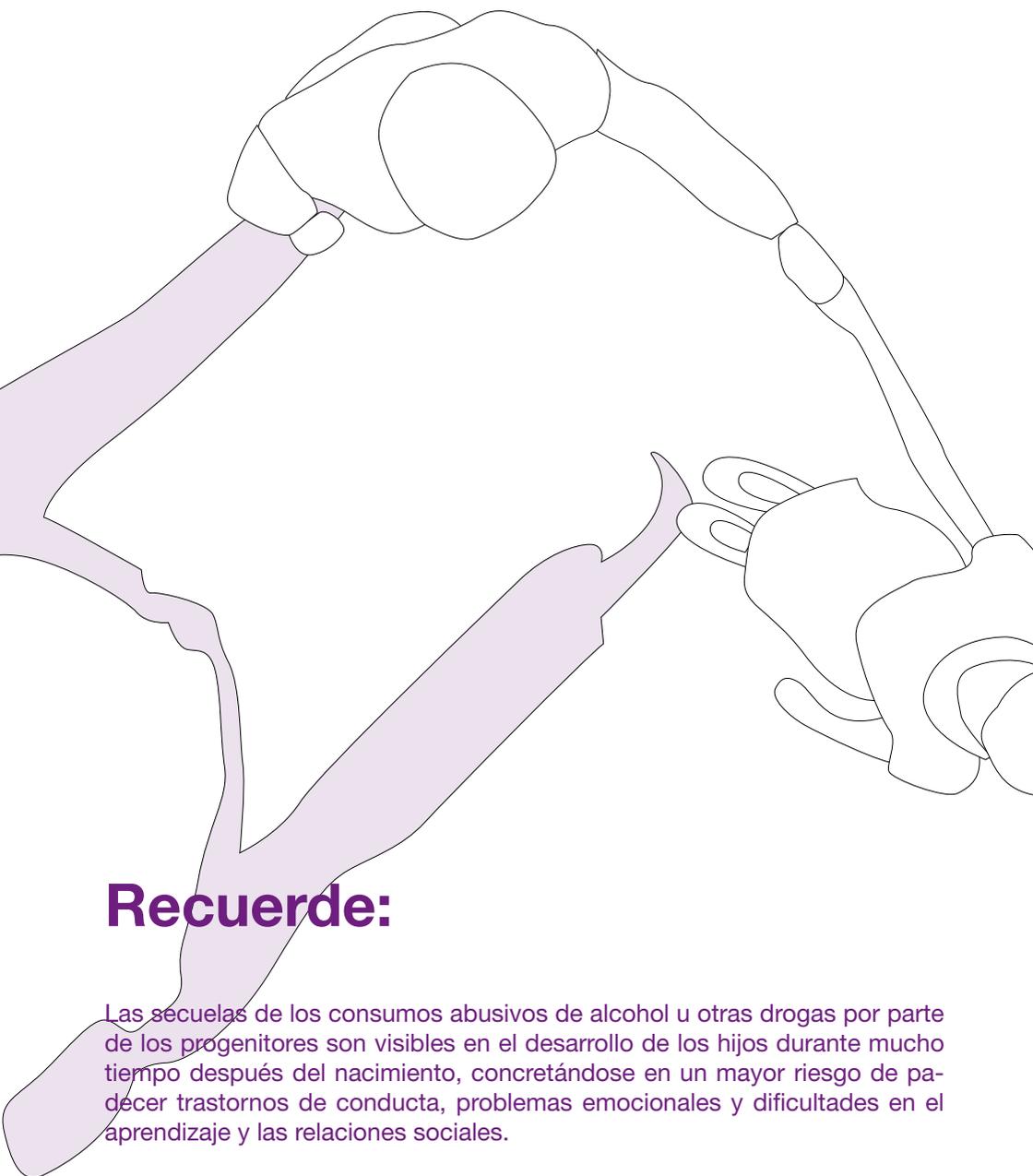
Los embarazos de mujeres consumidoras de opiáceos son considerados como de alto riesgo, siendo frecuentes:

- 🌀 Los abortos espontáneos.
- 🌀 Los partos prematuros o con retraso del crecimiento.
- 🌀 Las muertes fetales intrauterinas.

Los hijos de estas madres tienen como riesgo añadido la posibilidad de transmisión intraparto de la infección materna por VHB o VIH.

Entre el 60% y el 80% de los nacidos de madres heroínómanas presentan en el momento del nacimiento un síndrome de abstinencia en diversos grados.





Recuerde:

Las secuelas de los consumos abusivos de alcohol u otras drogas por parte de los progenitores son visibles en el desarrollo de los hijos durante mucho tiempo después del nacimiento, concretándose en un mayor riesgo de padecer trastornos de conducta, problemas emocionales y dificultades en el aprendizaje y las relaciones sociales.



Maternidad y adicción a las drogas

Más allá de las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre el feto y el embarazo, la adicción a las drogas plantea graves dificultades para el ejercicio de la maternidad, en gran medida relacionadas con la ausencia de una adecuada respuesta a las necesidades de estas mujeres.

Las mujeres con consumos problemáticos o trastornos adictivos no mantienen pautas adecuadas para el cuidado de su salud, pudiendo descuidar su alimentación, higiene personal, el cumplimiento de ciertos tratamientos médicos o mantener prácticas de riesgo relacionadas o no con el consumo, que impliquen riesgos añadidos sobre su salud. De igual modo, su distanciamiento de los servicios sanitarios y sociales puede hacer que no conozcan su embarazo hasta varios meses después de producirse éste.

En otras ocasiones, el temor de las embarazadas a que su condición de consumidoras de drogas o adictas pueda suponer la retirada de la guarda o tutela de sus hijos, o la actitud recriminatoria del personal sanitario o del propio entorno familiar por mantener el consumo durante el embarazo, lleva a estas mujeres a ocultarlo. De este modo, estas mujeres cuyos embarazos son considerados en medicina como de alto riesgo y en los cuales la detección precoz y la atención temprana son claves, carecen habitualmente de un seguimiento y una atención sociosanitaria adecuados.

Gran parte de las deficiencias observadas en el desarrollo de los hijos de madres con problemas de adicción a las drogas son achacables a:

- El diagnóstico tardío del embarazo.
- El inadecuado seguimiento del embarazo.
- El consumo de drogas durante el período pre y postnatal.
- Las precarias condiciones socioeconómicas y sanitarias de las madres.
- La escasa vinculación afectiva madre-hijo.

Resulta necesario, pues, contar con protocolos de atención precoz, seguimiento y apoyo sociosanitario adaptados a las mujeres con consumos problemáticos o adictas a drogas.

Algunas propuestas para abordar la maternidad de mujeres con problemas de adicción a las drogas pasan por (PALOP, M. 2006):

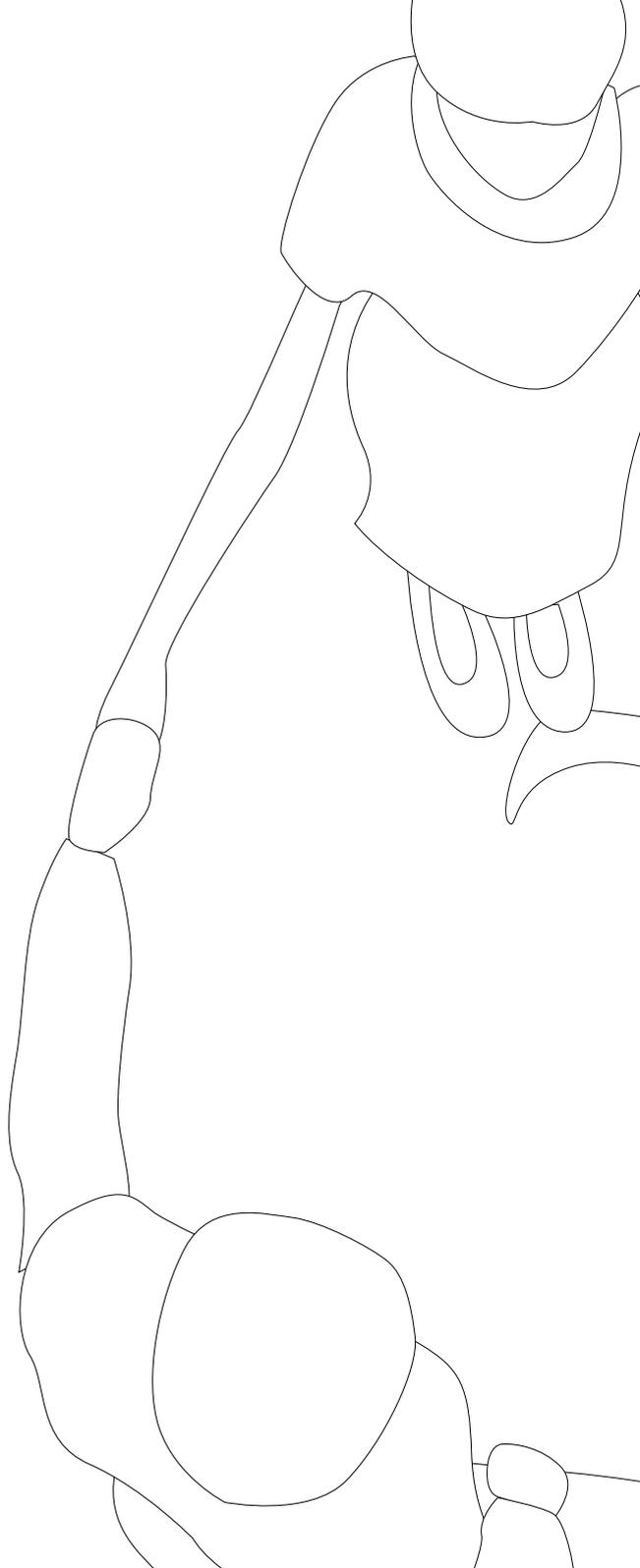
- Buscar alternativas a las dificultades de acceso a los recursos asistenciales.
- Tener en cuenta los miedos a la pérdida de custodia de los hijos.
- Abordar las consecuencias de la maternidad y la adicción: mayor estigmatización, sentimiento de culpa, negación de problemas por sentirse mala madre, etc.
- Evitar el posible castigo “inconsciente” de los profesionales a estas mujeres.
- Entrenar en habilidades de maternaje para mujeres y hombres.

Por su parte, se han ensayado enfoques efectivos en las intervenciones para el control del tabaquismo en torno al embarazo (GREAVES L, et al. 2003), basados en:

- El «tailoring»: adaptar la intervención según edad, nivel socioeconómico y procedencia materna.
- El enfoque de género: dar importancia a la salud de la mujer desde la etapa previa a la concepción hasta más allá del año posparto.
- La desculpabilización: utilizar el mensaje de ayuda, empatía.
- La prevención de la recaída.

8

Drogas y **sexualidad**

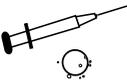




Impacto de los consumos de drogas en la **actividad sexual**

Está bastante extendido el mito de que el consumo de alcohol u otras drogas facilita las relaciones sexuales y potencia el placer sexual, por más que carezca de una base científica que lo justifique. Frente a los supuestos efectos afrodisíacos de las drogas, los estudios científicos confirman que su uso o abuso produce un rápido e intenso deterioro de la actividad sexual.

Efectos de las diferentes drogas en la **actividad sexual**

	Tabaco	 Provoca impotencia sexual en los varones.
	Alcohol	 El consumo abusivo o de grandes cantidades reduce la excitación sexual y el impulso sexual, provocando impotencia en los varones y anorgasmia en mujeres y hombres.  En mujeres frigidez, dolor en las relaciones y desinterés por el sexo.  En varones adolescentes, el consumo de alcohol puede provocar el retardo de la maduración de los caracteres sexuales secundarios y la disminución de la libido y la potencia sexual.  En las mujeres adolescentes puede retrasar la maduración puberal (de la pubertad) y la aparición de los caracteres sexuales femeninos.
	Tranquilizantes	 Desinterés por el sexo, disminución del apetito sexual e impotencia.
	Cannabis (hachís, marihuana)	 En los hombres reduce la secreción de testosterona y el número y la movilidad de los espermatozoides.  En las mujeres provoca la reducción de los ciclos menstruales y la aparición de ciclos menstruales sin ovulación, lo que podría reducir la fertilidad.  Las evidencias científicas confirman que su uso crónico se relaciona con la disminución del apetito sexual, sin que avalen los supuestos efectos afrodisíacos que refieren algunos consumidores.
	Cocaína	 Aunque el uso esporádico de cocaína puede mejorar la recompensa sexual en los varones, al retrasar la eyaculación, a medio y largo plazo reduce el placer, provocando una fuerte pérdida del deseo sexual e impotencia en los varones.  En las mujeres suele producir amenorrea (supresión del flujo menstrual) y otras alteraciones menstruales.
	Anfetaminas y drogas de síntesis	 Disminución del deseo sexual y ausencia de orgasmos.
	Heroína	 Intensa disminución del deseo sexual en ambos sexos.  En los hombres son frecuentes los trastornos de la erección y la eyaculación.  En las mujeres suele producir amenorrea y otras alteraciones menstruales.

El consumo de alcohol u otras drogas tiene a largo plazo un efecto negativo en el ciclo deseo-excitación-orgasmo (BARREDA, M. A. et al. 2005):

- En las mujeres el consumo de alcohol produce mayor desinhibición y un aparente aumento del deseo, pero disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción actúa con frecuencia como inductora de los consumos de alcohol, como una manera (inadecuada) de afrontar la insatisfacción.
- La disminución del deseo sexual es muy común entre las mujeres que abusan de tranquilizantes (DE LA CRUZ, M. J. et al. 2002).



Conductas de riesgo vinculadas a la **actividad sexual**

El consumo de alcohol u otras drogas tiene un efecto inicial desinhibidor, causando la pérdida de control y el deterioro del juicio y de la capacidad de tomar decisiones acertadas. Ello facilita los encuentros sexuales y que se mantengan comportamientos de riesgo que, de estar en plenitud de condiciones, habrían sido evitados.

El resultado de estos efectos es que el uso y abuso de alcohol y otras drogas reduce sensiblemente las posibilidades de mantener sexo seguro, dando lugar a diferentes prácticas sexuales de riesgo:

- Olvido o desatención de las medidas de protección (relaciones sexuales sin preservativo).
- Contactos con parejas sexuales ocasionales sin protección.
- Relaciones no deseadas o plenamente consentidas.
- Embarazos no deseados.

El abuso de alcohol por parte de la población adolescente está contribuyendo a la expansión de las enfermedades de transmisión sexual y de los abortos entre este colectivo.

Las prácticas sexuales de riesgo están generalizadas entre los consumidores de drogas y de manera especial entre las personas con problemas de abuso o dependencia. Un estudio realizado en Galicia sobre la población incorporada a tratamiento con metadona indicaba que el 20,3% de estos pacientes había mantenido en al menos una ocasión contactos sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos, en los 12 meses previos al inicio del tratamiento (SÁNCHEZ, L. et al. 2005a). Por su parte, los datos aportados por el Registro Gallego de Casos de SIDA indican que, entre los casos de sida diagnosticados hasta el 31 de diciembre de 2007 en mujeres, el 34,2% tenían las relaciones heterosexuales como principal vía de transmisión de la enfermedad, porcentaje que entre los hombres se reduce al 16,1%.

Estos comportamientos sexuales son especialmente peligrosos en el caso de las personas con adicción a las drogas, puesto que presentan elevadas prevalencias de diferentes enfermedades infectocontagiosas (VIH/sida, hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual –sífilis, gonorrea, infección por cándida– etc.), lo que incrementa enormemente la posibilidad de la extensión de su contagio.

Las conductas sexuales siguen unos marcados patrones de género. A pesar de la liberación sexual conseguida por la mayoría de las mujeres, todavía existen unos condicionantes sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades sexuales y que antepongan el amor y la entrega incondicional a los deseos de la pareja, a la protección y el cuidado de su salud (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007). Unos comportamientos que son atribuidos a las desigualdades de género en el poder sobre los encuentros sexuales (CREPAZ, N. y MARKS, G. 2002).

La prevención de las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de drogas desde una perspectiva de género implica:

- Abordar tópicos y estereotipos que presentan a las drogas como facilitadoras de las relaciones sexuales y del placer sexual.
- Abordar los estereotipos que vinculan el uso de ciertas drogas (tabaco, cocaína, etc.) con la imagen corporal, el atractivo físico y sexual y supuestos efectos adelgazantes.
- Tener presente la especial vulnerabilidad de las mujeres frente a los efectos de las drogas en las relaciones sexuales y las prácticas sexuales de riesgo.
- Tener en consideración las consecuencias específicas derivadas para las mujeres de la exposición a relaciones sexuales sin protección (embarazos, contagio de enfermedades, etc.).



Drogas y **prostitución**

Numerosos hombres y mujeres con problemas de adicción a las drogas recurren de forma esporádica o sistemática a la prostitución como forma de financiar el consumo de drogas. Estas prácticas suponen un doble riesgo para la salud:

- La presencia de enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, etc.) entre las personas con consumos problemáticos de drogas o problemas de adicción es muy elevada, lo que incrementa el riesgo de transmitirlos por vía sexual.
- El ejercicio de la prostitución obliga a estas personas a aceptar prácticas sexuales de riesgo con sus clientes, lo que las expone a sufrir diversas infecciones.

También resulta frecuente, en particular entre mujeres que abusan de cocaína, observar cómo acceden a mantener relaciones sexuales con sujetos que las invitan a una dosis. Se trata de una forma sutil de prostitución, basada en el intercambio de favores sexuales por drogas, que con frecuencia no es reconocida como tal por quienes la practican y que ilustra las desigualdades de género que aún hoy persisten en nuestra sociedad.

En el caso de los hombres, se muestran convencidos de que su éxito en el terreno sexual no tiene que ver con el efecto “facilitador” de sus contactos sexuales ejercido por la invitación a consumir gratis. Por su parte, las mujeres están persuadidas de que acceden libremente a mantener estos encuentros sexuales.

El abuso de drogas impide que las personas, en especial las mujeres, decidan libremente sobre su vida sexual, forzándolas en ocasiones a la prostitución.

A minimalist line art illustration of a person's profile, showing the head, hand, and part of the torso. The person is wearing glasses and a collared shirt. The drawing is composed of simple black outlines on a white background.

9

Motivaciones y factores

asociados al consumo de drogas

Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas drogas o para mantener este consumo no son siempre coincidentes. Por esta razón, la perspectiva de género trata de poner de relieve las motivaciones latentes en el inicio del consumo y el mantenimiento de las situaciones de abuso de las drogas por parte de hombres y mujeres.



Factores de riesgo asociados al consumo de drogas entre las mujeres

Entre los factores de riesgo que las investigaciones realizadas hasta el momento identifican como asociados al consumo de drogas por parte de las mujeres se incluyen:

Aunque buena parte de estos factores de riesgo no son exclusivos de las mujeres, inciden sobre ellas de forma diferenciada, produciéndose cierta sobreexposición femenina a determinados factores. Un ejemplo de esta sobreexposición se encuentra en la publicidad del alcohol y el tabaco, que ha tenido como población diana a las mujeres, en especial a las adolescentes, resaltando la idea de que la conquista de la igualdad de género pasa por la asunción de comportamientos hasta hace poco exclusivos de los hombres.

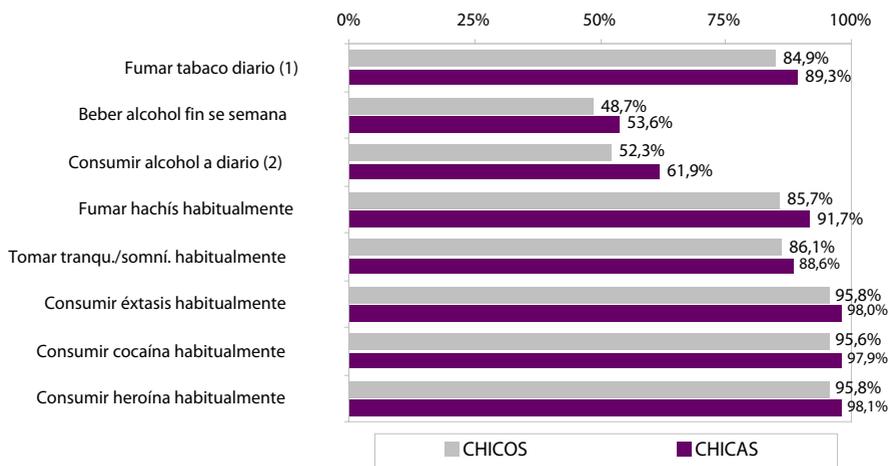
Pueden extraerse algunas conclusiones en relación con los factores asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres, como son:

- El importante peso que tienen los consumos como respuesta a determinados estados emocionales o sintomatología negativa de carácter psicológico (las mujeres consumen drogas en gran medida para tratar de manejar o evitar problemas de estrés, ansiedad, soledad, etc.).
- El singular impacto que tienen los factores familiares, hecho propiciado en gran medida porque la capacidad de las mujeres para aislarse/alejarse de un entorno familiar conflictivo/hostil es más reducida que la de los varones.
- La función que ejercen los consumos como instrumentos facilitadores de la sociabilidad femenina y de su presencia en espacios públicos.

Existen otras diferencias de género en relación con los factores asociados al consumo de drogas, como es la mayor influencia sobre las mujeres de ciertos factores de protección, que ayudan a evitar o reducir los consumos:

- Las mujeres, incluidas las adolescentes, tienen una mayor percepción del riesgo asociado al consumo de drogas, lo que les permite desarrollar estrategias de control y evitación del uso y abuso de drogas.

Riesgo percibido asociado al consumo de drogas entre los estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años, según el género (porcentaje que opina que esa conducta puede producir bastantes o muchos problemas). España, 2006.



(1) Fumar un paquete de tabaco diario. (2) Tomar una o dos cañas/copas por día.

FUENTE: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2006. DGPNSD.

- Las mujeres atribuyen mayor valor a la salud, tanto propia como ajena, lo que hace que mantengan más autocuidados que los hombres.
- El modelo tradicional de roles, vigente en muchos padres y madres, proporciona un plus adicional de protección frente a las drogas a las chicas, que se concreta en:
 - las actitudes paternas hacia el consumo de drogas por parte de las hijas adolescentes son menos permisivas que en el caso de los hijos varones,
 - se produce un mayor nivel de supervisión y/o control sobre las actividades de las hijas y
 - se produce una mayor restricción a la presencia de las chicas en los espacios de ocio nocturno donde se producen la mayoría de consumos recreativos de drogas.

Actitud que los estudiantes de Secundaria (14-18 años) perciben en sus padres respecto a la eventualidad de que consuman distintas drogas, según género (%). España, 2004

Actitud paterna	Consumo de tabaco			Consumo de alcohol			Consumo de cannabis		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1	28,0	22,9	25,4	15,0	15,9	15,5	67,2	74,2	70,7
2	16,2	17,0	16,6	12,5	18,1	15,3	13,2	11,6	12,4
3	16,1	17,5	16,8	16,8	19,2	18,0	6,4	4,3	5,3
4	15,8	19,4	17,6	19,6	19,9	19,8	4,4	3,0	3,7
5	9,5	10,2	9,8	16,2	13,9	15,0	2,4	1,5	1,9
6	5,1	5,8	5,4	10,2	8,1	9,1	1,8	1,2	1,5
7	9,3	7,2	8,2	9,6	4,9	7,3	4,6	4,3	4,4

1-Prohibición absoluta, 7-Total libertad

FUENTE: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2004. DGPNSD.



Motivaciones específicas de las mujeres para el consumo de las distintas drogas



Motivaciones para el consumo de tabaco

El enfoque de género permite identificar las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia tabáquica, conducta que hasta mediados del siglo pasado era exclusiva de los hombres, puesto que el consumo de tabaco era (y es) una práctica básicamente social, reservada a los hombres. La conquista del ámbito social por las mujeres las exige reproducir las conductas propias de éste, por eso el tabaco es percibido como símbolo de la independencia femenina y la igualdad entre sexos, identificando su consumo como signo de autonomía, atractivo y éxito social (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007).

Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes en mujeres y hombres y están profundamente marcados por los roles de género. Mientras que la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación de las chicas, en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones (BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. 2000).

Aunque hombres y mujeres fuman para reducir el estrés, los factores desencadenantes son distintos. Mientras que las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, los hombres lo hacen habitualmente para aumentar sensaciones positivas (BRUNSWICK, A. MESSERI, P. 1984, FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. PERIS, M. 2001).

También **se observan diferencias de género en las motivaciones para seguir fumando**. El temor a engordar es, de hecho, uno de los factores que más contribuyen a que las mujeres sigan fumando o se impliquen menos en el abandono de los cigarrillos. No en vano, el estereotipo actual de mujer ideal impone la delgadez, no sólo como requisito estético, sino como vía para alcanzar el éxito social (TUBERT, S. 2005).



Motivaciones de las mujeres para el consumo de alcohol

El abuso de alcohol por parte de las mujeres se relaciona con los siguientes factores (RUBIO, G, y BLÁZQUEZ, A. 2000):

- 🚫 **Factores biológicos:** historia familiar de alcoholismo y mayor vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.
- 🚫 **Factores psicosociales:** convivencia con pareja alcohólica o dependiente de otras drogas, presencia de patología psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso de otras sustancias, trastornos de la alimentación), acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia y la adolescencia), conflictos de pareja y/o rupturas familiares, disfunciones sexuales y consumo de drogas durante la adolescencia.

Los problemas con el alcohol son mucho más frecuentes entre las mujeres que han sufrido abusos sexuales durante la infancia (WIINFIELD, L. et al. 1990). Por su parte, aproximadamente el 40% de las mujeres con problemas con el alcohol que se incorporan a tratamiento presentan diversos trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresión mayor y trastornos de ansiedad.

La elevada presencia de trastornos depresivos en pacientes alcohólicos ha llevado a considerar la depresión como posible causa de los problemas de alcoholismo (muchas mujeres abusarían del alcohol para aliviar los síntomas depresivos). Precisamente, el agravamiento de la sintomatología depresiva suele ser la causa por la cual muchas mujeres deciden solicitar tratamiento.

Un elemento diferencial perceptible en la etiología de los problemas de abuso de alcohol que afectan a las mujeres es que este tipo de consumos responderían, fundamentalmente, a una conducta evasiva frente a situaciones conflictivas o estresantes, relacionadas con ciertos acontecimientos vitales traumáticos y los conflictos y rupturas familiares y/o de pareja, circunstancia que explicaría las importantes tasas de trastornos psiquiátricos presentes entre las mujeres dependientes del alcohol.

Motivaciones de las mujeres para el consumo de **tranquilizantes**

Las motivaciones femeninas para consumir psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se relacionan con la necesidad de evitar cierta sintomatología, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, la tristeza o las dificultades para dormir, que se derivan de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar.

Muchas de las mujeres, como el propio entorno familiar y social, consideran estas reacciones emocionales ante determinadas circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos (DE LA CRUZ, M.J. et al. 2002).



Motivaciones de las mujeres para el consumo de **otras drogas**

Las mujeres tienen motivaciones diferentes para iniciarse en el consumo de drogas (con frecuencia lo hacen a partir de relaciones con parejas adictas) y para continuar consumiendo (DAWSON, D. A. 1996). Además, los obstáculos para conseguir el éxito del tratamiento difieren según el sexo, debiendo las mujeres afrontar más situaciones que amenazan el buen resultado (JARVIS, T. J. 1992, HODGINS, D. C. et al. 1997, SMITH, W. B., WEISNER, C. 2000).

A pesar de estas diferencias, lo cierto es que tanto los instrumentos diagnósticos como los métodos de tratamiento siguen un modelo de comportamiento masculino. Por esta razón, desde diferentes ámbitos se reclamado la importancia de mejorar la investigación, los diagnósticos en las mujeres y el desarrollo de programas de tratamiento sensibles a las diferencias de género.

10

Publicidad y drogas

10



La publicidad tiene un papel determinante en los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, al manipular los procesos de identificación personal y de integración grupal y social (SÁNCHEZ, L. 2006b). El mensaje que traslada la publicidad es que consumiendo estos productos seremos personas más felices, atractivas y con mayor éxito social.

La publicidad del tabaco y las bebidas alcohólicas tiene a los adolescentes y a las mujeres como sus principales destinatarios. Las influencias sociales que perciben las mujeres para adaptarse al nuevo rol social que les asigna el moderno modelo de género son utilizadas de forma reiterada por la publicidad, que ha representado un papel clave en el incremento del consumo de tabaco y alcohol entre este colectivo.

La publicidad atribuye significados simbólicos al consumo de tabaco, asociándolo a la satisfacción de determinadas necesidades sociales y psicológicas, en su mayoría derivadas de los cambios en los roles de género tradicionales (vitalidad, delgadez, sofisticación o atractivo físico). Mientras que la industria busca atraer a los hombres a través de mensajes ligados a estereotipos de masculinidad, tales como la felicidad, la riqueza, el buen estado físico, el poder o el éxito sexual (KAUFMAN, N. J. y NICTER, M. 2001).

Con la finalidad de incrementar el volumen de sus ventas, los fabricantes de cigarrillos decidieron hace unos años generalizar el consumo de tabaco entre las mujeres, recurriendo a estrategias de marketing consistentes en:

- La utilización de actrices, modelos y mujeres famosas fumando, que encarnaban las aspiraciones de muchas mujeres de emancipación y ruptura con unos roles sociales y culturales que durante años las situaban en un papel subordinado frente a los varones.
- Intensas campañas publicitarias dirigidas específicamente a las mujeres, con mensajes más o menos explícitos del tipo “atrévete”, “da un paso” o “¿quién ha dicho que el placer es sólo cosa de hombres?”.

Todas estas estrategias convergían en un doble mensaje: presentar el consumo de tabaco por parte de las mujeres como un acto “liberador” (como una forma de emancipación, de expresión de la igualdad de las mujeres frente a los hombres) y como un símbolo de clase y estilo, de “glamour”, potenciador del encanto sexual. Estos mensajes han permanecido inalterados desde los años cincuenta y sesenta y han sido imitados más tarde por la publicidad de bebidas alcohólicas.

El análisis de los mensajes y contenidos de la publicidad del tabaco permite identificar las siguientes evocaciones o asociaciones que establece con el consumo de este producto:

Evocaciones/asociaciones presentes en los anuncios de tabaco	
— Trasgresión, rebeldía	— Modernidad
— Asunción del riesgo	— Diversión, disfrute, placer
— Aventura	— Amistad, compañía
— Descubrir cosas nuevas	— Tranquilidad, relajación
— Libertad	— Éxito social
— Exaltación de contradicciones	— Sensualidad, seducción
— Emancipación femenina	— Éxito sexual
— Mujer libre, moderna, actual, independiente	— Naturalidad, desenfado
— Sofisticación	— Autenticidad, originalidad
— Masculinidad	— Deporte, competición, triunfo
— Compartir con amigos/as	— Sensación intensa, vida a tope
— Vida cosmopolita, urbana	— Vida sana y natural
— Interculturalidad	— Naturaleza, pureza
	— Deseo incontenible

Por su parte, la publicidad de las bebidas alcohólicas utiliza una estrategia más indiscriminada, dirigida mayoritariamente a adolescentes y jóvenes de ambos sexos. ¿Cómo incita la publicidad al consumo de bebidas alcohólicas por parte de los jóvenes?, fundamentalmente a través de tres vías:

- Asociando el consumo de bebidas alcohólicas con una serie de rasgos o características propias de la psicología y la forma de ser de los jóvenes (amistad, rebeldía, aventura, transgresión, pasión, diversión, vivir el presente, etc.), con lo que consigue que el consumo de alcohol sea percibido como una conducta típica o propia de los jóvenes (tanto de chicas como de chicos). Indirectamente, el mensaje que traslada es que para ser joven es imprescindible beber alcohol.
- Haciendo del consumo de alcohol un componente imprescindible para que los jóvenes se sientan integrados, aceptados por otros jóvenes. Pretende reforzar la idea de que sólo saliendo de fiesta en bares y discotecas y bebiendo hasta la madrugada es posible estar con otros jóvenes o tener amigos o amigas.
- Presentando a los adolescentes y jóvenes como iguales, resaltando el hecho de que todos los jóvenes (chicos y chicas) comparten las mismas necesidades, valores y deseos de divertirse consumiendo alcohol.

El éxito conseguido por la publicidad de bebidas alcohólicas en esta estrategia que asocia alcohol → jóvenes → diversión → amigos/as → noche resulta evidente. En apenas dos décadas ha logrado que un elevado porcentaje de chicos y chicas, sin apenas diferencias de género, participen de un modelo de ocio de fin de semana que gira en torno al uso y abuso de alcohol y otras drogas.

Evocaciones presentes en los anuncios de bebidas alcohólicas

— Diversión	— Rebeldía
— Fiesta, música, baile	— Transgresión
— Noche sin límite	— Romper límites
— Jóvenes despreocupados	— Nuevas sensaciones/emociones
— Vivir el momento	— Sueños hechos realidad, magia
— Hedonismo	— Descubrir cosas nuevas
— Contraposición obligaciones	— Aventura
— Liberación responsabilidades	— Asumir riesgos
— Desinhibición	— Modernidad
— Sociabilidad	— Exclusividad
— Integración grupal	— Autenticidad
— Amistad, compartir	— Sofisticación, originalidad
— Provocación, seducción	— Mujer libre, moderna,
— Sensualidad, erotismo	— Cultura, arte
— Pasión, atracción	— Deporte

11

Drogas y **violencia de género**



La violencia de género incluye todo acto que, en una relación de pareja, comporte violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

La Organización Mundial de la Salud entiende por violencia infligida por la pareja todo comportamiento que, en una relación de pareja, cause perjuicio físico, psicológico o sexual a quienes mantienen esa relación (OMS, 2006). Comprende actos de agresión física (abofetear, golpear, patear), maltrato psicológico (intimidación, denigración o humillaciones constantes), relaciones sexuales forzadas o cualquier otro comportamiento controlador (aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o a la ayuda).

Aunque existen diferentes teorías explicativas de la violencia de género, cada una de las cuales otorga un mayor peso a determinado tipo de factores, hay un consenso básico a la hora de considerarlo como un fenómeno multideterminado. Entre los factores explicativos de la violencia de género se incluyen los siguientes:

- **Socioculturales:** actitudes tradicionales ante el rol de la mujer, cambios en las normas sociales y culturales, sistemas de creencias patriarcales, sexismo, tolerancia frente a la violencia, etc.
- **Familiares:** conflictividad familiar, pobreza y carencia de recursos, estrés y frustración familiar, falta de apoyo social, conflictos de intereses, luchas de poder en la pareja, etc.
- **Relacionados con los agresores:** abuso de alcohol/drogas, modelos violentos de conducta, exposición a la violencia en la niñez, trastornos mentales, personalidad y conductas antisociales, necesidad de ejercer el poder y el control, dependencia personal, baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, etc.
- **Relacionados con las víctimas:** personalidad dependiente, baja autoestima, déficit de apoyo social y estrategias de afrontamiento personal, maltrato y/o abusos sexuales en la familia, acontecimientos vitales estresantes, dependencia económica, etc.

Múltiples investigaciones realizadas para conocer las causas que explicarían la aparición de los episodios de violencia de género coinciden en atribuir un papel destacado al consumo de alcohol u otras drogas por parte de los agresores. Numerosas evidencias científicas confirman la relación existente entre el consumo de alcohol, en especial con un patrón abusivo, y la violencia contra la pareja, que, según diferentes estudios realizados en España (GENERALITAT VALENCIANA, 1990, INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, 1991, SÁNCHEZ, L. 2003, SÁNCHEZ, L. et al. 2004), estaría presente entre el 30% y el 50% de los casos de violencia de género estudiados.

Los mecanismos de influencia del consumo de alcohol sobre la violencia son complejos. Algunas teorías apuntan a los efectos farmacológicos del alcohol, que actuaría desinhibiendo los mecanismos que inhiben las conductas violentas y disminuyendo la capacidad de juicio y la percepción del riesgo asociado a ciertas conductas violentas. Se sabe también que, aunque en muchos casos el consumo de alcohol no es el responsable directo de la violencia de género, actúa como un elemento que precipita la realización de actos violentos, aumentando el número de las agresiones y la gravedad de éstas (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1997).

Conviene tener en cuenta que el consumo de alcohol es esgrimido en ocasiones por parte de los agresores como atenuante de su responsabilidad penal o civil por los actos violentos cometidos, circunstancia que podría contribuir al sobredimensionamiento de su influencia real sobre la violencia de género.

Un estudio internacional conocido como Proyecto GENACIS, en cuyo contexto de realizaron 500 entrevistas en Galicia, obtuvo las siguientes conclusiones respecto a al relación existente entre el consumo alcohol y otras drogas y la violencia de género (SÁNCHEZ, L. et al. 2004):

- Se detecta una importante presencia del alcohol en el escenario de las agresiones. Las víctimas señalan que cerca de la mitad (el 47,0%) de las personas involucradas en las agresiones habían estado bebiendo con anterioridad a estos episodios, bien sólo el agresor (25,9%), bien ambos (16,7%), bien sólo la víctima (3,5%).
- Los bebedores y bebedoras con un patrón de ingesta abusiva han sido víctimas de agresiones físicas a manos de la pareja en los últimos dos años en un porcentaje tres veces superior (7,4%) al de los abstemios (2,1%).
- Existe una asociación positiva entre los niveles de consumo de alcohol por los agresores y la frecuencia de las agresiones infligidas a la pareja en los últimos dos años (a medida que se incrementa el consumo crece la frecuencia de las agresiones físicas): entre los bebedores abusivos se detecta la presencia de un 7,8% de maltratadores, frente al 0,9% entre los abstemios.
- El consumo de drogas ilícitas por parte de los agresores se correlaciona positivamente con la frecuencia de las agresiones infligidas, multiplicándose por diez con respecto a los no consumidores de estas sustancias.
- Consumir drogas ilícitas incrementa notablemente el riesgo de ser víctima de la violencia de género: las personas consumidoras de drogas ilícitas distintas de los derivados del cannabis sufrieron agresiones físicas a manos de su pareja en un porcentaje cinco veces superior a las no consumidoras.

Estudios realizados entre las mujeres víctimas de la violencia de género que estaban siendo atendidas en servicios de apoyo y protección específicos para ellas confirman la intensa asociación existente entre el consumo abusivo de alcohol u otras drogas y la violencia contra la pareja (SÁNCHEZ, L. 2003):

Se constata la importantísima presencia de los consumos abusivos de alcohol entre los agresores:

- El 60% de los agresores tendría, a juicio de las víctimas, antecedentes personales por problemas de alcoholismo o de abuso de otras drogas.
- Casi uno de cada diez agresores había participado en tratamientos de deshabitación por problemas con el alcohol (9%) o drogas ilícitas (13%).

Atendiendo a los datos aportados por las víctimas, el 52% de los agresores tendría un patrón de consumo abusivo de alcohol.

El 59% de las víctimas afirma que alguno de los dos miembros de la pareja había estado bebiendo antes de producirse la agresión y el 37% señala que el agresor había bebido en exceso o estaba borracho en las ocasiones en que fueron maltratadas.

A juicio de las víctimas, el 54% de los agresores se emborrachaba una o más veces por semana y el 18% lo hacía diariamente.

Las víctimas atribuyen al consumo abusivo de alcohol por parte del agresor un papel muy relevante como origen del maltrato sufrido: el 18,1% de las víctimas indica que esa fue la causa por la que fue maltratada, la segunda razón más importante, por detrás de la personalidad violenta del agresor.

Razones por las que las víctimas consideran que fueron maltratadas (%). Respuesta múltiple.

MOTIVO	%
— Personalidad violenta del agresor	23,2
— Su pareja bebía alcohol de manera abusiva	18,1
— Celos	14,5
— Tenía una visión machista de las mujeres	13,0
— Trastornos psíquicos del agresor	8,7
— Consumía otras drogas (distintas del alcohol)	6,5
— El agresor fue maltratado en su infancia	5,8
— No aceptaba que (la víctima) le abandonara	5,1
— Otras razones	5,0

El 52% de las víctimas considera que el consumo abusivo de alcohol por el agresor tuvo mucha importancia o fue la principal causa, como desencadenante de la violencia padecida.

Existe una correlación positiva intensa entre el nivel de consumo de alcohol de los agresores y la frecuencia y gravedad de las agresiones infligidas a las víctimas: la frecuencia de las agresiones es muy superior entre los bebedores abusivos y las lesiones provocadas a las víctimas son más graves.

Una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) confirma la relación entre el consumo de alcohol y la violencia infligida por la pareja, incrementando la frecuencia y la gravedad de los actos de violencia.

- El consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales.
- El consumo excesivo de alcohol por uno de los miembros de la pareja puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares. Ello puede generar tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se produzcan actos violentos entre los miembros de la pareja.
- La creencia individual y social de que el alcohol genera agresividad puede alentar a comportarse violentamente después de haberlo consumido y a consumirlo como disculpa por estos comportamientos.
- Ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento o para automedicarse.

En los estudios sobre violencia infligida por la pareja es habitual constatar el consumo reciente de alcohol por parte de los agresores. Las estimaciones varían de unos países a otros. En los Estados Unidos de América y en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos, respectivamente. También se ha constatado el consumo de alcohol entre las víctimas de la violencia de pareja, aunque en menor grado que entre los agresores.

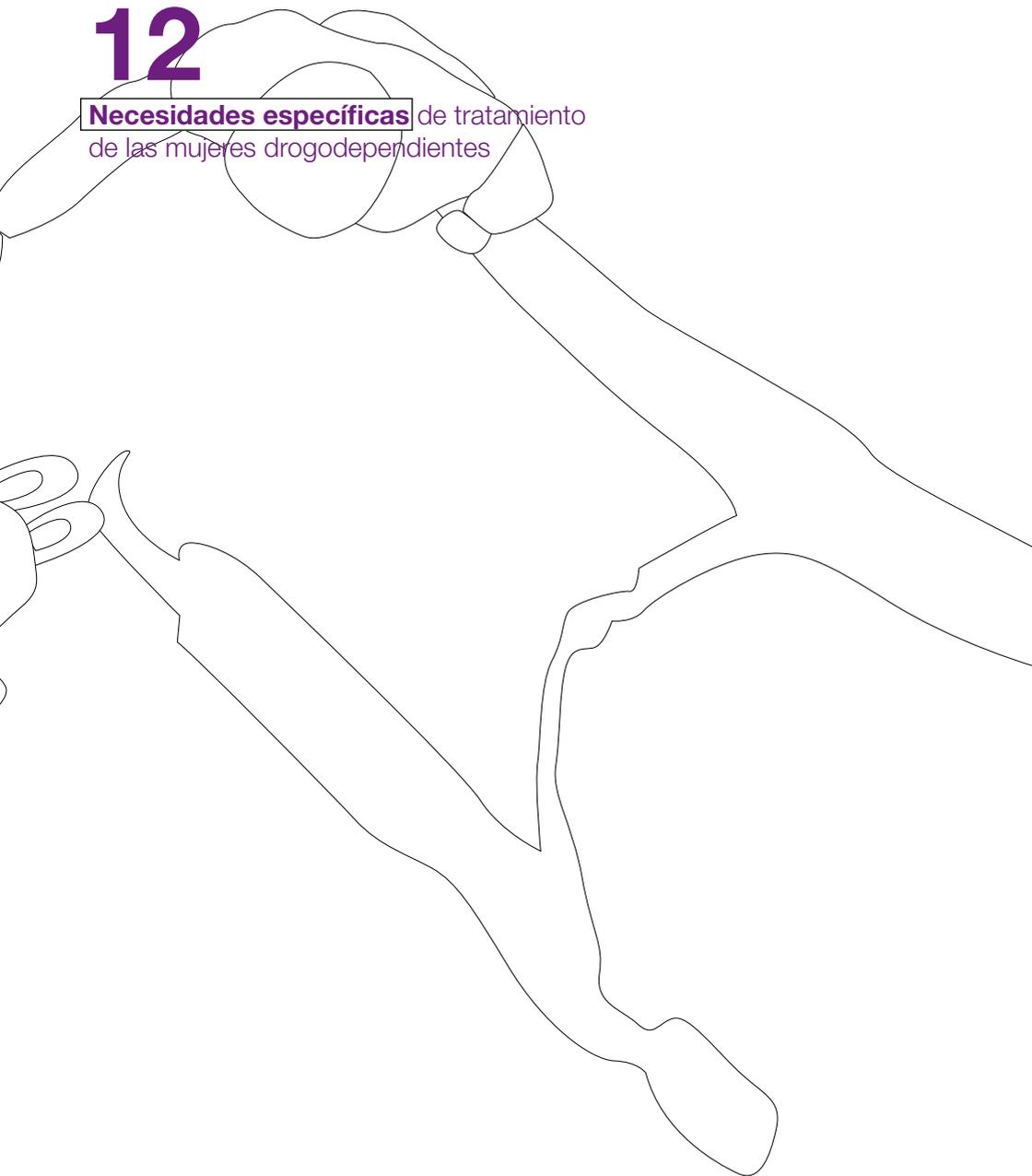
Entre las consecuencias de la violencia de género la OMS destaca:

- Efectos sobre la salud de la víctima, que en algunas mujeres pueden causar complicaciones del embarazo o abortos.
- Problemas emocionales que conducen al suicidio, ideas suicidas, depresión y al consumo de alcohol u otras drogas como modo de afrontamiento.
- En los casos graves, las lesiones provocadas pueden ser mortales.

- Problemas sociales que afectan a las relaciones con familiares, amigos y futuras parejas y a su capacidad de trabajar o estudiar.
- Los niños testigos de actos de violencia de género, además de sufrir daños físicos y emocionales, tienen más probabilidad de presentar comportamientos violentos y delictivos en la infancia y de consumo abusivo o dependencia del alcohol a edades más tardías, elevando su riesgo de convertirse en perpetradores de actos violentos.
- Incremento en los costes sanitarios (tratamientos quirúrgicos, aumento de las consultas médicas, estancias hospitalarias, gastos de farmacia y consultas a servicios de salud mental).
- Otros costes económicos (acciones judiciales, servicios de apoyo a las víctimas, pérdida de ingresos y derivados de los costes emocionales).

12

Necesidades específicas de tratamiento
de las mujeres drogodependientes



Existe consenso al señalar que la mayor parte de las terapias existentes para el tratamiento de las drogodependencias han sido diseñadas pensando en los hombres. La perspectiva de género en el tratamiento de las adicciones se circunscribe a situaciones concretas como el embarazo, la maternidad o la prostitución. Una carencia que dificulta –cuando no impide– el adecuado tratamiento de las mujeres.

Las mujeres drogodependientes presentan una serie de características que condicionan tanto su decisión de abandonar el consumo como la accesibilidad al tratamiento y su eficacia, entre las cuales destacan (PANTOJA, L. 2007):

- La dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, que se inician con frecuencia en el consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación y una mayor vinculación) y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento.
- Tienen cargas y responsabilidades familiares que dificultan el tratamiento.
- Presentan sentimientos de culpabilidad y una baja autoestima.
- Presentan estados depresivos y de ansiedad que dificultan su acceso a los tratamientos y el éxito de éstos.
- Han sufrido experiencias traumáticas (violencia de género, abusos sexuales, intentos de suicidio, etc.).
- Son objeto de una especial estigmatización o rechazo social, que se intensifica entre aquellas que tienen hijos, y que se traduce en el silenciamiento u ocultación del problema (negando su existencia) y en el retraso o la no demanda de apoyo para superarlo.
- Dificultades de acceso a los tratamientos residenciales cuando existen hijos menores (que no están adaptados para su acogida).
- Dependen económicamente de la familia o la pareja.
- Tienen una importante precariedad laboral (desempleo, contratos temporales, etc.).

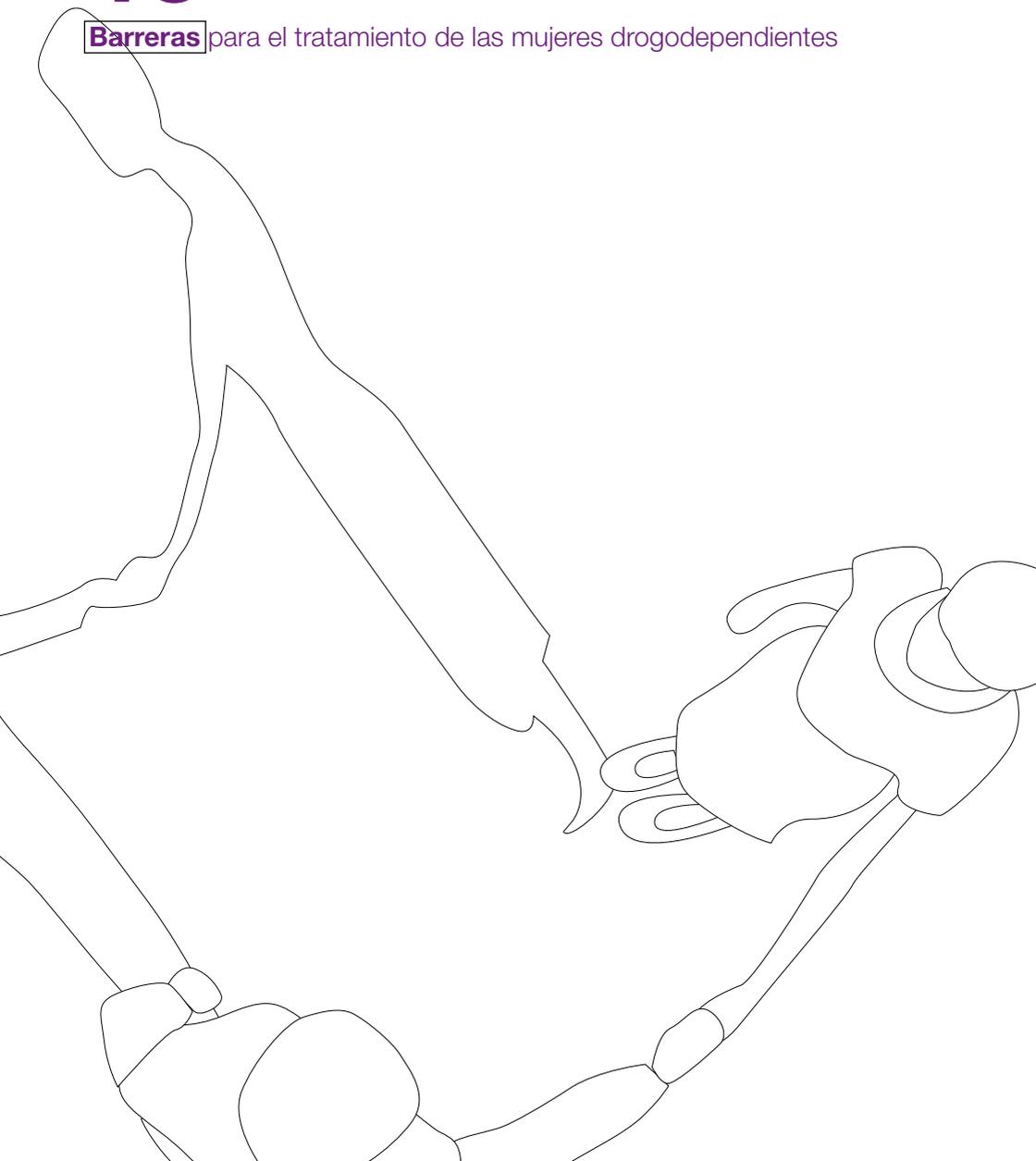
Las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a tratamiento por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol y de aislamiento y rechazo social.

Los estudios realizados entre mujeres con problemas de abuso y/o dependencia al alcohol permiten identificar la existencia de una serie de necesidades específicas o diferenciales entre este colectivo, que se localizan en los siguientes ámbitos (SÁNCHEZ, L, 2006a):

- Las carencias afectivas, en gran medida derivadas del distanciamiento afectivo entre los distintos miembros del sistema familiar.
- Los conflictos y/o rupturas de pareja.
- El pobre autoconcepto, los sentimientos de desvalorización y la falta de confianza en sí mismas.
- Depresión y otras alteraciones psicológicas.
- La escasa autonomía personal.
- El rechazo de su imagen corporal.
- Las dificultades en las relaciones sociales y para la integración en grupos.
- El consumo de otras sustancias (psicofármacos, etc.), además del alcohol.
- La incapacidad para asumir adecuadamente tareas relacionadas con el cuidado de los hijos y/o la organización y el funcionamiento familiar.

13

Barreras para el tratamiento de las mujeres drogodependientes



Los resultados de los estudios realizados en diferentes países acerca de las impresiones de las mujeres dependientes del alcohol y otras drogas sobre los obstáculos e impedimentos para su acceso al tratamiento coinciden en señalar una serie de factores comunes, como son (SÁNCHEZ, L. 2006):

- La estigmatización o vergüenza sobreañadida que soportan las mujeres.
- Los derivados de sus responsabilidades como madres o esposas, tales como la preocupación por el cuidado de los hijos o el miedo a perder su custodia.
- La presencia de una pareja drogodependiente.
- El temor a ser abandonadas por la pareja.
- El no ser conscientes de que el alcoholismo o las toxicomanías son una enfermedad y/o la creencia de que pueden superar este problema por sí mismas.
- El miedo a la abstinencia.
- La existencia de listas de espera para el acceso a ciertos servicios o la imposibilidad de acceso cuando tienen hijos menores (fundamentalmente residenciales).
- La falta de información sobre las opciones de tratamiento.
- La ausencia de servicios adaptados a las necesidades de las mujeres (por ejemplo, en las casas de acogida para mujeres maltratadas se les niega el acceso a las mujeres drogodependientes).

Un informe sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres dependientes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004) señala la presencia de los siguientes obstáculos o barreras para el acceso al tratamiento de las mujeres:

Obstáculos inherentes a los sistemas

Serían los factores que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres, tales como: la escasa presencia de mujeres en cargos y puestos responsables de la formulación de las políticas y la asignación de recursos, la escasa sensibilización respecto a las diferencias de género como un elemento determinante de la salud de las personas, la falta de conocimientos acerca de las mujeres con problemas de abuso de sustancias y de sus necesidades de tratamiento, la ausencia de modelos de tratamiento sensibles a las cuestiones de género o la necesidad de una amplia variedad de servicios asistenciales, superior a la de los hombres.

Obstáculos de tipo estructural

Esta categoría incluye factores que afectan específicamente a las mujeres y que dificultan su acceso al tratamiento: el hecho de que sean ellas quienes soporten mayoritariamente el cuidado de los hijos (con frecuencia carecen de cuidadores alternativos y del apoyo de su pareja y familia o de programas institucionales que garanticen el cuidado de los hijos mientras dure el tratamiento), la ausencia de

servicios específicos para embarazadas, la consideración del abuso del alcohol u otras drogas como causa para la retirada de la custodia de los hijos, la existencia de horarios rígidos en los programas asistenciales incompatibles con las responsabilidades familiares y domésticas de las mujeres, la existencia de listas de espera o la deficiente detección y derivación de los problemas de abuso de alcohol que afectan a las mujeres desde los servicios de atención primaria de salud.

Obstáculos sociales, culturales y personales

Esta categoría la integran factores como la mayor estigmatización, la vergüenza o culpa que experimentan las mujeres dependientes del alcohol, las mayores desigualdades sociales que padecen, la ausencia de apoyo de su pareja o familia en el caso de optar por incorporarse a tratamiento, el temor a perder la custodia de los hijos o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres.

Un estudio realizado para analizar las barreras a la accesibilidad al tratamiento de los pacientes drogodependientes de la Comunidad Valenciana (SÁNCHEZ, L. et al. 2005b), sobre una muestra de 2.123 pacientes (de ellos 442 mujeres), permitió identificar una serie de barreras específicas de la población femenina dependiente del alcohol u otras drogas a la hora de acceder a tratamiento continuación.

Entre los factores que las mujeres dependientes del alcohol señalan para explicar su demora para demandar tratamiento, destacan por orden de importancia los relacionados con:

- La estigmatización, que se asocia al sentimiento de vergüenza, preocupación por la confidencialidad del tratamiento y, por ende, de la adicción (que ocupan, respectivamente, la primera y tercera posición entre las barreras al tratamiento).
- Baja percepción o dificultades de autorreconocimiento del problema, (pensar que podrían superar el problema por sus propios medios y/o que no precisaban ayuda, no identificar la existencia del problema, no reconocerse como adictas, pensar que los tratamientos son para otras personas en peor estado, negar la presencia de problemas asociados al consumo, no identificar el problema como una enfermedad, etc.).
- Los temores o problemas que provoca el tratamiento, relacionados con motivaciones tales como el temor al diagnóstico de alguna enfermedad, al síndrome de abstinencia, el miedo a ingresar en un hospital o a fracasar en el tratamiento.
- Las motivaciones relacionadas con la resistencia al cambio: les gusta beber, no desean dejar de consumir, atribuir al consumo más cosas positivas que negativas o creer que no sabrían vivir sin alcohol.

Entre las razones que las mujeres con problemas de adicción a drogas distintas del alcohol (heroína, cocaína o cannabis) señalan para justificar su retraso a la hora de solicitar asistencia se incluyen, por orden jerárquico en función del porcentaje de menciones:

MOTIVO	%
— Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios	53,9
— Se encontraba avergonzada	47,2
— Creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que ella	45,5
— No pensó que tuviera un problema serio con las drogas	43,1
— Le preocupaba las molestias que pudiera causarle el síndrome de abstinencia	41,5
— A su juicio, el consumo de drogas no le generaba ningún problema	41,5
— Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida	41,5
— A su juicio, las drogas no eran su problema principal	40,6
— No creía que fuera una persona drogodependiente	40,5
— No pensaba que necesitara ayuda	40,5
— Le gustaba consumir drogas y no quería dejar de hacerlo	39,5
— Pensó que su familia no lo entendería	38,8
— No pensaba que fuera una enfermedad	37,3
— Creía que no sabría vivir sin consumir drogas	36,9
— Tenía miedo a fracasar en el tratamiento	35,5
— No le gusta que nadie le diga lo que tiene que hacer con su vida	35,2
— No quería dejar de consumir	35,2

14

Respuestas a los problemas relacionados con las drogas con una perspectiva de género

Panel Europeo sobre el Mainstreaming (“transversalidad”) de Género en Salud

Entre las aportaciones del Panel Europeo sobre el Mainstreaming de Género (“Transversalidad de género”) en Salud, se incluyen las siguientes recomendaciones:

- Generar información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud, logrando que esta información sea comprensible para las personas responsables de los ámbitos políticos y de planificación así como para profesionales de la promoción de salud.
- Debe también promoverse la movilización en apoyo de las acciones dirigidas a una mayor equidad en salud, así como definir los mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de las políticas públicas.
- Fomentar la investigación y formación sobre temas de género. Generar evidencia científica es uno de los mejores procedimientos para mostrar la necesidad de hacer cambios en las políticas, así como para mejorar las políticas haciéndolas sensibles al género. Los Estados miembros y la OMS deberán incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante. Esto implica establecer directrices y llevar a cabo programas de formación sobre género y salud dirigidos a personal sanitario y especialmente a las personas que investigan y a quienes evalúen las propuestas de investigación.
- Resaltar la participación y el papel de las mujeres con el fin de subrayar la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación femenina en el sistema de salud, en aras de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y del poder en la producción de salud.

Recomendaciones del grupo de Género y Tabaco del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo: nueve puntos para avanzar en equidad (Barcelona, 13 de noviembre de 2004).

- Instar a las administraciones públicas a incluir la perspectiva de género en las estructuras y actividades relacionadas con el control y la prevención del consumo de tabaco, dado que la experiencia acredita la frecuencia y la facilidad con que el genérico universal tiende a masculinizarse.
- Exhortar a las administraciones públicas a la utilización de lenguaje no sexista en la redacción de planes, programas, actividades, conclusiones, informes y otros documentos relacionados con el tabaco.

- ─ Promover la inclusión de los datos desagregados por sexo y los datos relacionados con el género en los registros y sistemas de información, en los programas de actuación frente al tabaquismo y en las actividades de prevención y control. Para facilitar la inclusión de la perspectiva de género, en los registros y sistemas de información se proponen tomar en cuenta, al menos, los siguientes aspectos:
 - Horas de trabajo productivo y horas de trabajo reproductivo.
 - Cargas familiares.
 - Horas de dedicación al cuidado.
- ─ Incluir la paridad como horizonte orientador de las actuaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) y como meta en sus estructuras directivas y de funcionamiento, garantizando la presencia de la perspectiva de género en todas las actividades y congresos.
- ─ Inclusión del enfoque de género en la evaluación de las ponencias y/o comunicaciones a los congresos y actividades formativas y de investigación que realice en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y las sociedades integradas en él.
- ─ Promover y realizar investigaciones acerca del papel del género en la situación del tabaquismo de hombres y mujeres, especialmente en lo que se refiere a:
 - Motivaciones para el inicio del consumo.
 - Influencia sobre los distintos patrones de consumo.
 - Mecanismos que intervienen en la producción de recaídas.
 - Estrategias para mejorar la eficacia de las intervenciones en fumadoras embarazadas.
 - Estrategias para mejorar la eficacia de las intervenciones en fumadoras climatéricas.
 - Análisis de posibles diferencias en la aparición de patologías atribuibles al tabaco.
 - Análisis de posibles diferencias en la accesibilidad a la prestación de servicios de ayuda para dejar de fumar.
 - Análisis de posibles diferencias en la respuesta a los tratamientos del tabaquismo.
 - Estudiar la situación específica de hombres y/o mujeres respecto al tabaquismo.
 - Incluir una reflexión en las investigaciones sobre los puntos fuertes y las debilidades del propio estudio en relación con la perspectiva de género, aportando propuestas acerca de las necesidades futuras de inclusión de herramientas y procedimientos metodológicos que permitan establecer conclusiones que tomen en consideración la perspectiva de género.

- Promover la formación acerca del papel del género en la situación del tabaquismo de hombres y mujeres.
- Promover la integración de los medios de comunicación en la lucha contra el tabaco desde la perspectiva de género.
- El grupo de trabajo Tabaco y Mujer del CNPT participa de la convicción de que el enfoque de género implica a hombres y mujeres; sin embargo, es necesario destacar la necesidad de promover el empoderamiento de las mujeres y, en consecuencia, manifiesta su decisión de impulsar su papel en la coordinación, liderazgo, difusión y representación en las actividades del propio grupo.

Recomendaciones del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes de Chile para el tratamiento de las mujeres con adicciones a drogas (CONACE, 2004).

Entre estas orientaciones, que se sustentan en la premisa de que existen maneras específicas de intervenir en el tratamiento de las dependencias en mujeres, se incluyen las siguientes:

- En las adicciones femeninas resulta prioritario el abordaje de los aspectos psicoafectivos y relacionales.
- Debe incidirse de manera específica sobre los roles maternos y de crianza.
- Hay que ser especialmente cuidadoso a la hora de evitar juicios de valor sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la maternidad, evitando culpabilizar a las mujeres por el abandono y/o desatención de sus hijos.
- El mantenimiento de una relación de empatía entre la persona que solicita ayuda y los miembros del equipo encargados de su atención resulta determinante entre las mujeres como predictor de la adherencia al programa.
- La garantía de la confidencialidad y la privacidad del tratamiento.
- La primera entrevista de acogida resulta primordial, debe ser abierta, diciéndole todo el tiempo necesario. Si es posible, deberá procurarse que el terapeuta sea una mujer para evitar posibles resistencias.
- La derivación a otro programa terapéutico debe ser asistida.
- La contención emocional debe ser el objetivo de la primera etapa del tratamiento con las mujeres adictas.
- Superada la etapa inicial, el tratamiento deberá incidir en el fomento de las habilidades cognitivas que permitan la toma de decisiones y la resolución de conflictos, ayudando a la estructuración de la vida cotidiana y a afrontar los problemas de tipo relacional.

15

Bibliografía

- ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. (2007). "Género y salud". En: Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- BARREDA, MA, et al., (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.* Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.
- BECKMAN, L. J. y AMARO, H. (1984). "Pattern of women's use alcohol treatment agencies". En: Wilhask, S.C. y Beckman, L. J., ed. *Alcohol problems in women.* New
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ F. L. (2000). "Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género". *Revista Española de Salud Pública.* 2000; 74: 13-23.
- BECOÑA, E. (2001) "¿Es necesaria una aproximación específica sobre las drogodependencias en mujeres?" En: *Jornadas Mujer y Drogas.* Madrid, 21 de diciembre de 2001.
- BRUNSWICK, A. MESSERI, P. (1984). "Gender differences in the process leading to cigarette smoking". *J. Psicol. Oncology.* 1984; 2:49-69.
- CAMERON, C. y BERNARDES, D. (1998). *Gender and disadvantage in health: men's health for a change.* *Sociol Health Illn.* 1998; 18: 673-693.
- CONACE (2004). *Mujeres y tratamiento de drogas.* Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. Santiago de Chile.
- CREPAZ, N. y MARKS G. (2002). *Towards an understanding of sexual risk behaviour in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings.* *AIDS.* 2002, 16: 135-149.
- DAWSON, D. A. (2006). "Gender differences in the probability of alcohol treatment". *J. Subst Abuse.* 1996: 8; 211-225.
- DE LA CRUZ, M. J. et al. (2002). *Adicciones ocul-tas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos.* Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- FERNÁNDEZ, E.; SCHIAFFINO, A.; PERIS, M. (2001). "Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente". *Enf. Emerg.* 2001, 3: 184-190.
- GENERALITAT VALENCIANA (1990a). *Incidencia de los malos tratos a mujeres en la Comunidad Valenciana.* Serveis Socials, Estudis, 17. Valencia.
- GREAVES, L. et al. (2003). *A best practices review smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women.* Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003.
- HILL, S. Y. (1984). *Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women, Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention,* S. C. Wilsnack y L. J. Beckman, editores (Nueva York, Guilford Press), pp: 121-154.
- HODGINS, DC. et al. (1997). "Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs?" *Addiction.* 1997; 92: 805-812.
- INSTITUTO VASCO DE LA MUJER (1991). *Informe sobre la situación de las mujeres en Euskadi.* Victoria.
- JARVIS, T. J. (1992). *Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review.* *Br J Addict.* 1992; 87; 1249-1261.
- KAUFMAN N. J. y NICHTER, M. (2001). "The Marketing of Tobacco to Women: Global Perspectives". En: Samet, J. M.; Yoon, S. Y. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century.* Ginebra: World Health Organization 2001.
- LÓPEZ, B. (compl.). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones.* Madrid: Instituto de la Mujer.
- LLOPIS, J. (2002). *Informe sobre toxicomanías e identidad de género.* IREFREA.
- MARSHALL, A. W. et al. (1983). "Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition". *Hepatology,* vol. 3, núm. 5 (1983), pp: 701-706.
- MINISTERIO SANIDADE E CONSUMO (2007). *Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1997). *Alcohol Alert* 38.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1999). "Are women more vulnerable to alcohol's effects?", *Alcohol Alert,* núm. 46, diciembre de 1999.

- MALIK, S. et al. (2008). "Maternal smoking and congenital Herat defects". *Pediatrics* 2008, 121: 810-816.
- OLSEN, J. (1991). "Cigarette smoking, tea and coffee drinking and subfecundity". *American Journal of Epidemiology* 1991; 133: 734-9.
- OMS (2006). *Violencia Infringida por la pareja y alcohol*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- ONUDD (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena.
- PALOP, M. (2006). *Propuestas para abordar las drogodependencias desde un enfoque de género*. Primer encuentro de personas expertas Mujer y Drogas. Madrid, 21 de diciembre de 2006.
- PANTOJA, L. (2007). "¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?". *Avances en Drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- PASCUAL, J. et al. (2003). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ed. Díaz de Santos. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- REDONDO, J. et al., (2007). "Tabaco y salud". En: *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ROBINSON, G. E. (2002). *Women and Psychopharmacology*. Medscape General Medicine 4 (1), 2002.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2005). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRÍGUEZ - SANZ, M. et al., (2006). *Informe salud y género 2005*. Observatorio de la Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RUBIO, G. y BLÁZQUEZ, A. (2000). "Mujer y problemas por el alcohol". En: *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, pp: 327-336. Colegio de Médicos de Madrid.
- SÁNCHEZ-HERVAS, E. et al. (2003). "Abuso y dependencia a drogas en la mujer". *Conductas Adictivas*, vol. 3, nº 1.
- SÁNCHEZ, L. (2003). *El alcohol y su impacto en la violencia doméstica en el municipio de Madrid*. Área de Promoción de la Igualdad y el Empleo. Ayuntamiento de Madrid.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2004). *Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura: Proyecto GENACIS*. Sociedad Española de Toxicomanías. Alicante.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2005a). *Evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento con derivados opiáceos impulsados por el Plan de Galicia sobre Drogas Informe cuestionario inicial*. Subdirección Xeral de Saúde Mental y Drogodependencias. Consellería de Sanidade/SERGAS.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2005b). *Barreras de accesibilidad al tratamiento de pacientes drogodependientes de la Comunidad Valenciana*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.
- SÁNCHEZ, L., (2006a). *Estudio de necesidades de tratamiento de las mujeres dependientes al alcohol de las Comunidad Valenciana*. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- SÁNCHEZ, L. (2006b). *La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. Mensajes y contenidos*. Colección Drogodependencias nº 1. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- SMITH, W. B.; WEISNER, C. (2000). "Women and alcohol problems: a critical analysis of the literature and unanswered questions". *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24: 1320-1321.
- TUBERT, S. (2005). "La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres". En: LÓPEZ DÓRIGA, Begoña (compl.). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001). *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
- VELASCO, S. (2006). *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- VERBRUGGE, L. M. (1989). "The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality". *J Health Soc Behav.* 1989; 30: 282-304.
- WALDRON, I.; WEISS, C. C.; HUGHES, M. E. (1998). "Interacting effects of multiple roles on women's health". *J Health Soc Behav.* 1998; 39: 216-236.
- WHO (1996). Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996; 348: 498-505.
- WIINFIELD, L. et al., (1990). "Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women". *American Journal of Psychiatry* 1990; 147: 335-341.

Glosario
sobre **género***

(*) POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.

Análisis de género define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones como resultado de la interpretación social de su papel.

La equidad de género se refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos.

La igualdad de género es la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

Incorporación de las cuestiones de género. Se define como «el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género». La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos.

Género. El término se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.



ISBN 978-84-453-4712-6



9 788445 347126

