

Drogas e perspectiva de xénero. Documento marco

Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia

xénero e drogas

Edición bilingüe galego - castelán

Drogas e perspectiva de xénero. Documento marco

Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia

xénero e drogas

AUTOR

Sánchez Pardo, Lorenzo

GRUPO DE TRABAJO

Bermejo González, Pilar

Cid González, Aurora

Fernández Lamparte, Mónica

Morán Iglesias, Jesús

Platas Ferreiro, Lydia

Diseño e realización:

Krissola diseño, S.L.

D.L.:

1. Introdución	4
2. Drogas e perspectiva de xénero: o xénero si importa	8
¿Que é o xénero?	9
Xénero e saúde	10
Xénero e drogas	12
3. Os distintos significados dos consumos de drogas para homes e mulleres	16
4. Consumo de drogas e xénero	20
Consumo das distintas drogas segundo o xénero	21
Singularidades dos consumos en función do xénero	25
5. As drogas e as consecuencias do consumo habitual ou abusivo	34
Impacto das drogas sobre a saúde	35
Impacto das drogas na vida familiar e social	40
6. Impacto diferencial das drogas en homes e mulleres	42
7. Efectos das drogas na saúde sexual e reprodutiva	50
Drogas e fertilidade	51
Drogas e embarazo	53
Maternidade e adición ás drogas	60
8. Drogas e sexualidade	62
Impacto dos consumos de drogas na actividade sexual	63
Condutas de risco vinculadas á actividade sexual	66
Drogas e prostitución	68
9. Motivacións e factores asociados ao consumo de drogas	70
Factores asociados ao consumo de drogas entre as mulleres	71
Motivacións específicas das mulleres para o consumo das distintas drogas	76
10. Publicidade e drogas	80
11. Drogas e violencia de xénero	84
12. Necesidades específicas de tratamento das mulleres drogodependentes	90
13. Barreiras para o tratamento das mulleres drogodependentes	94
14. Respostas aos problemas relacionados coas drogas cunha perspectiva de xénero	98
15. Bibliografía	102
Anexo: glosario sobre o xénero	106

1

Introducción



O xénero condiciona de xeito importante a saúde de homes e mulleres e a súa relación coas drogas. A pesar diso, a perspectiva de xénero non foi incorporada ás investigacións epidemiolóxicas realizadas no noso país e, consecuentemente, ás políticas que se veñen aplicando nos ámbitos da prevención e asistencia das drogodependencias.

O modelo tradicional de roles feminino e masculino, que vinculaba as mulleres co ámbito familiar e as tarefas domésticas (incluíndo a crianza dos fillos e o coidado das persoas dependentes) e os homes coa vida pública e o traballo produtivo, segue aínda distorsionando o coñecemento e a análise da realidade dos consumos de drogas e das drogodependencias. O resultado de todo iso é que se seguen interpretando estes comportamentos en clave masculina, considerando que as mulleres manteñen un patrón de conduta similar ao dos homes.

Este nesgo ten un importante impacto sobre os contidos actuais dos programas preventivos e asistenciais en materia de drogodependencias, que se enfrontan ás súas respectivas poboacións destinatarias como se fosen un todo monolítico que comparte idénticas características, motivacións e problemas: os dominantes entre os homes.

Así pois, non resulta estraño comprobar como, a pesar dos progresos logrados no coñecemento da epidemioloxía das drogas, na acumulación de evidencias científicas en torno á efectividade dos programas de prevención das drogodependencias e das melloras nas respostas terapéuticas ás adiccións, se sabe moi pouco sobre a situación diferencial en homes e mulleres. A ausencia da perspectiva de xénero provoca que o nivel de coñecemento actual sobre algunhas dimensións que se mencionan seguidamente, por outra parte claves para o éxito das estratexias preventivas e asistenciais, sexa moi limitado:

- O impacto que a coexistencia dos modelos tradicional e contemporáneo de roles feminino e masculino ten nos hábitos de consumo de homes e mulleres.

- Os factores asociados ou motivacións que levan homes e mulleres a iniciarse no consumo de drogas, a manter eses consumos e a desenvolver trastornos adictivos.
- Os mecanismos que explican a distinta vulnerabilidade de homes e mulleres aos efectos das drogas.
- Os efectos ou consecuencias que o uso e/ou abuso de drogas teñen en homes e mulleres, máis alá dos relacionados coa saúde sexual e reprodutiva.
- As dificultades que a superación das adiccións presenta especificamente nos homes e nas mulleres.
- Os factores que determinan a efectividade das estratexias preventivas e asistenciais con homes e mulleres (o distinto nivel de éxito das citadas estratexias no caso dos homes e das mulleres).

O obxectivo deste documento marco é dobre:

- **Sistematizar toda a información** relevante de que se dispón na actualidade relacionada coas drogas e a perspectiva de xénero.
- **Persuadir os profesionais** que traballan no campo da prevención e a asistencia ás drogodependencias da necesidade de incorporar a perspectiva de xénero ao deseño das súas estratexias de intervención e ás actividades que desenvolven no seu día a día.

A minimalist line art illustration of a hand holding a lit cigarette. The hand is positioned at the top left, with the index and thumb fingers gripping the cigarette. The cigarette is lit, with a small flame and a trail of smoke. The background is plain white.

2

Drogas e perspectiva de xénero:
o xénero si importa



¿Que é o **xénero**?

O xénero agrupa todos os aspectos psicolóxicos, sociais e culturais da femiñidade e da masculinidade (aqueles que lle son asignados de xeito diferencial a cada sexo pola cultura) e que son interiorizados por cada persoa. Unhas características que transcenden as diferenzas entre os sexos, centradas exclusivamente en aspectos biolóxicos.

A identidade de xénero, o que consideramos como propio ou característico do feminino ou do masculino, non é algo natural, senón unha construción cultural que se modifica co paso do tempo, que condiciona de xeito importante os comportamentos, as actitudes e percepcións das persoas e que establece diferenzas no poder e na autoridade de homes e mulleres. Nacer home ou muller implica vivir en contextos culturais con posicións e recursos desiguais, así como con distintos valores, crenzas e actitudes.

A división de xénero imperante en cada sociedade asígnalles a homes e mulleres roles ou papeis sociais diferentes e determina un conxunto de pautas de comportamento obrigadas, permitidas ou prohibidas, ás cales debe axustarse cada un destes grupos. Estas pautas de comportamento son transmitidas e reproducidas a través de distintos espazos de socialización, fundamentalmente a familia, a escola e os medios de comunicación social.

Aínda que a división dos roles feminino e masculino varía entre sociedades e en distintos momentos históricos, existe un modelo hexemónico (tradicional) de división de xénero do traballo. Un modelo que lles asigna aos homes a responsabilidade no traballo produtivo, relacionado co social e externo á familia, e ás mulleres a crianza dos fillos e o coidado do fogar (o ámbito privado) e que inclúe unha serie de atributos ou características diferentes para homes e mulleres:

- **As mulleres** son afectivas, maternais, intuitivas, submisas, dependentes, persoas que se preocupan dos demais.
- **Os homes** son racionais, dominantes, fortes e independentes.

Esta división de roles implica que os homes gocen de máis poder e recoñecemento social, mentres que as mulleres quedan relegadas ao ámbito do privado, á invisibilidade e á falta de proxección social. Pero supón tamén a existencia de desigualdades en relación coa saúde.



Xénero e **saúde**

A perspectiva de xénero axuda a comprender un dos grandes paradoxos existentes en relación coa saúde, como é o feito de que as mulleres viven máis, pero o seu estado de saúde é peor que o dos homes. Mentres que o peor estado de saúde das mulleres se relaciona en boa medida cunha posición social máis desfavorecida, a menor esperanza de vida dos homes asóciase con hábitos máis insáns e condutas de risco que conducen a máis mortes por accidentes e outras causas na idade media da vida (VERBRUGGE, L. M. 1989).

Diversos estudos documentaron que as mulleres empregadas fóra do fogar teñen un mellor estado de saúde que as que traballan a tempo completo como amas de casa, situación que se explica polos beneficios que proporciona o emprego fóra da casa, entre eles as oportunidades que brinda para desenvolver a autoestima e a confianza persoal, o contacto e apoio social para persoas que doutra forma estarían illadas e as experiencias que aumentan a satisfacción persoal. Ademais, o salario dálles ás mulleres independencia económica e incrementa o seu poder na familia. Estas circunstancias apoian a hipótese de «potenciación de rol», segundo a cal os diferentes roles poden actuar como fontes alternativas de benestar (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007).

As desigualdades de xénero á hora de compaxinar a vida laboral e familiar teñen, non obstante, un impacto claro sobre a saúde. Varios estudos avalan a hipótese da sobrecarga e o conflito de roles como condicionantes da saúde. Está documentado que o emprego ten efectos beneficiosos sobre a saúde das mulleres solteiras, pero non sobre a das casadas (WALDRON, I. WEISS, C. C. e HUGHES, M. E. 1998) ou que entre as nais estes beneficios se limitan ás que traballan a tempo parcial, o que parece confirmar que, cando a carga de traballo total é alta, compaxinar a vida laboral e a familiar pode danar a saúde.

Pero ademais, o xénero, as atribucións que se realizan dos roles feminino e masculino, condiciona moitas das condutas relacionadas coa saúde. É coñecido que as mulleres se preocupan máis e aplican máis autocoidados á súa saúde que os homes. Do mesmo modo, se se analizan algunhas das principais causas de morte nas sociedades desenvolvidas (comportamentos que conducen a lesións por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol e drogas ilegais,

etc.), é posible comprobar a presenza de diferenzas de xénero nestas condutas relacionadas coa saúde.

Un bo exemplo do impacto do xénero na saúde son as implicacións negativas que o modelo tradicional de masculinidade ten sobre a saúde dos homes (AR-TAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007). Aínda que a masculinidade pode parecer un factor promotor da saúde, que ofrece un maior acceso a un amplo abano de recursos, o certo é que a identidade masculina implica asumir riscos para a saúde, un condicionante do comportamento especialmente perceptible entre os adolescentes. Así mesmo, a socialización no estereotipo de masculinidade significa resistencia a admitir debilidades, o que adoita asociarse cunha escasa atención ás mensaxes de promoción da saúde e cun menor uso dos servizos sanitarios cando estes son necesarios (CAMERON, C. e BERNARDES, D. 1998).

Convén destacar o feito de que o modelo tradicional de socialización diferenciada de homes e mulleres coexiste cun novo modelo contemporáneo de identidades e roles feminino e masculino. Esta converxencia ou coexistencia temporal de modelos de socialización de xénero provoca que entren en conflito os ideais de feminidade e masculinidade e a posta en práctica destas identidades, o que incrementa a vulnerabilidade (VELASCO, S. 2006).

Un exemplo claro das repercusións que este conflito de roles ten na saúde podemos atopalo na modificación do comportamento de moitas mulleres que, para procurar axustarse á moderna definición do rol feminino, asumen condutas de risco (tales como consumir tabaco, alcohol ou outras drogas) que ata non hai moito tempo eran características do rol masculino.

Pero a superación do modelo tradicional de socialización facilita tamén a introdución de cambios que favorecen a protección da saúde. No caso das mulleres, conseguindo autonomía, independencia, creando redes de apoio social, participando en diferentes espazos da vida pública, compartindo cos homes as tarefas do fogar e non apoiando todo o seu proxecto vital no coidado e o servizo dos demais (MINISTERIO DE SANIDADE E CONSUMO, 2007).



Xénero e drogas

Malia o papel que o xénero ten como condicionante da saúde, con frecuencia a investigación epidemiolóxica non tivo en conta a perspectiva de xénero, como tampouco está presente na maioría das iniciativas que se levan a cabo no campo da promoción da saúde. Loxicamente, tamén no ámbito das drogodependencias está ausente esta perspectiva.

Un erro moi frecuente á hora de facer fronte aos riscos e problemas que entraña o consumo de drogas consiste en considerar a poboación como un todo homoxéneo en que domina a perspectiva masculina. Hoxe en día aínda se tende a pensar que os consumos femininos de drogas carecen de elementos singulares, ofrecendo as mesmas interpretacións e respostas para homes e mulleres, a pesar de que os factores que levan homes e mulleres a iniciarse no consumo de drogas ou a abusar destas substancias non sempre son coincidentes, como tampouco o son os seus patróns de consumo, as consecuencias ou problemas que provocan ou as necesidades que presentan.

Esta visión deformada da realidade das drogas está en boa medida propiciada pola vixencia que aínda ten na nosa sociedade o modelo tradicional de roles masculino e feminino, que percibe o consumo de drogas por parte das mulleres como un comportamento impropio.

Non obstante, este modelo tradicional dos roles, claramente sexista, está sendo superado por unha realidade na cal as experiencias vitais das mulleres deixaron de estar asociadas exclusivamente ao ámbito da familia e a maternidade, para incorporar unha dimensión pública relacionada co emprego retribuído e a participación, en situación de relativa igualdade cos homes, en practicamente todas as esferas da vida social e económica.

Unha visión moderna e actualizada das relacións de xénero permite visualizar unha realidade diferente, caracterizada por:

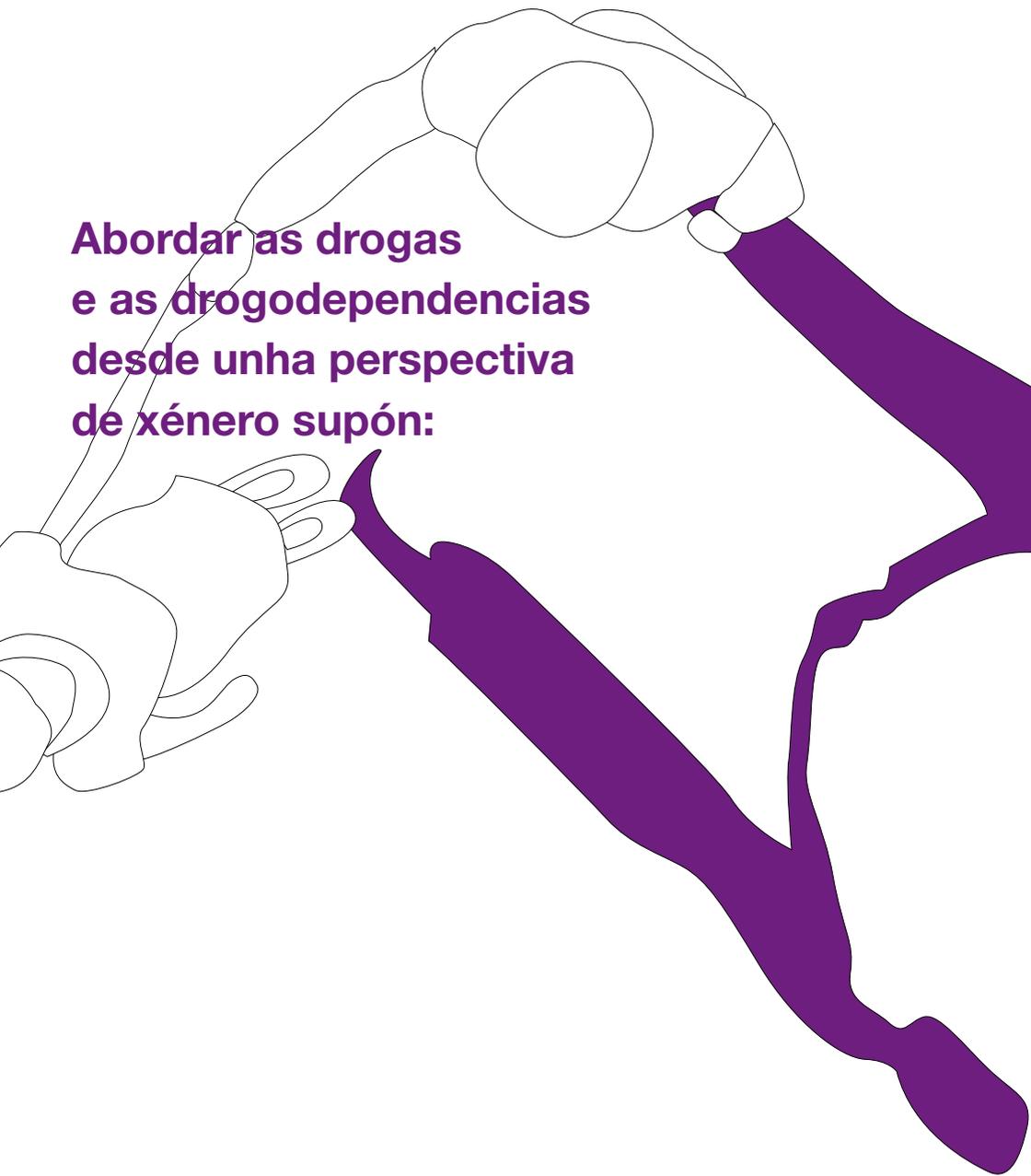
- O feito de que tanto homes como mulleres consomen drogas.
- Que as consecuencias ou problemas derivados dos consumos son diferentes en homes e mulleres.

A perspectiva de xénero permite comprender as relacións específicas que homes e mulleres manteñen coas drogas, as súas semellanzas e diferenzas.

Razóns polas que é necesario abordar a prevención e o tratamento das drogodependencias desde unha perspectiva de xénero

- Existen factores de risco que favorecen o inicio do consumo de drogas, ou a súa continuidade, específicos para homes e mulleres.
- As diferenzas biolóxicas, psicolóxicas, sociais e culturais entre homes e mulleres exixen que as estratexias e actividades para previr o consumo de drogas se adapten a estas.
- A adicción ás drogas entre homes e mulleres ten características diferentes. Está amplamente documentado que a gravidade dos problemas de adicción é superior entre as mulleres e que o impacto familiar e social das adiccións femininas é superior.
- As mulleres teñen dificultades engadidas para incorporarse ao tratamento das adiccións e abandonar o consumo de drogas.
- As mulleres presentan, en xeral, unha evolución menos favorable que os homes no tratamento das adiccións, en boa medida porque os servizos asistenciais non teñen en conta as necesidades específicas das mulleres e porque as mulleres reciben máis presións do seu ámbito familiar e social para concluír canto antes o tratamento e poder asumir de novo as súas responsabilidades familiares.

**Abordar as drogas
e as drogodependencias
desde unha perspectiva
de xénero supón:**



Ter presentes as diferenzas e peculiaridades de xénero, é dicir, os factores de tipo físico, psicolóxico e social que condicionan as motivacións para consumir drogas, os distintos patróns de uso e os diferentes efectos e consecuencias.

Eliminar as desvantaxes ou desigualdades que o xénero establece á hora acceder a programas e servizos preventivos e asistenciais.



3

Os distintos **significados**
dos consumos de drogas para homes e mulleres



Consumir drogas non ten o mesmo significado para homes e mulleres, nin é valorado do mesmo xeito polos demais. Mentres que no caso dos homes o consumo de drogas é percibido como unha conduta natural, social e culturalmente aceptada (salvo en casos extremos onde a adicción ás drogas aparece asociada a condutas violentas, temerarias ou antisociais), entre as mulleres supón un reto aos valores sociais dominantes. Por iso as mulleres adictas ás drogas soportan un maior grao de sanción/reproche social que os homes, que se traduce na presenza dun menor apoio familiar ou social.

A estigmatización das mulleres con problemas de adicción ás drogas reforza o seu illamento social, á vez que favorece a ocultación do problema e a ausencia e/ou demora na solicitude de axuda para superalo. Son reiteradas as evidencias que sinalan que atrasan a solicitude de axuda ata o momento en que as consecuencias sobre a súa saúde física e mental ou na súa vida familiar, social ou laboral alcanzan unha entidade tal que as fai insostibles. Esta circunstancia explica, por exemplo, como, sendo a proporción de homes con problemas de abuso de alcohol dobre que a de mulleres, as taxas de tratamento masculinas cuadruplican as femininas (LOURO, G. e BLÁZQUEZ, A. 2000).

As mulleres con consumos problemáticos de drogas perciben con máis frecuencia e intensidade que os homes que fracasaron a nivel persoal, familiar e social, que foron incapaces de desempeñar satisfactoriamente o papel que lles foi asignado: ser unha boa nai ou unha boa ama de casa. As consecuencias desta vivencia adoitan ser a desvalorización persoal, as tensións e conflitos familiares, cando non a violencia familiar.

Pero ademais deben facer fronte á incompreensión e ao rexeitamento por parte do seu ámbito social máis próximo. A diferenza do que lles sucede a moitos homes con problemas de adicción, aos que a súa parella, familiares e amigos lles ofrecen apoio e colaboración para tratar de superalo, numerosas mulleres atópanse co desinterese, cando non coa oposición aberta do seu contorno, ao decidiren iniciar un tratamento. É frecuente comprobar que, cando os consumos problemáticos son realizados por homes, as súas parellas permanecen ao seu lado, coidando da familia e colaborando no proceso de rehabilitación. Pola contra, as parellas das mulleres con problemas de adicción adoitan abandonalas, delegando o coidado dos fillos noutros familiares.

Esta diferente resposta do contorno social aos procesos de adición ás drogas, en clave de xénero, explica por que moitas mulleres optan por ocultar o problema, por non demandar axuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas e sufrir a exclusión ou rexeitamento da súa parella, familia e ámbito próximo. Non en van, a identidade social feminina constrúese sobre a afectividade e as relacións cos demais, e a desconexión social é unha experiencia especialmente traumática para elas.

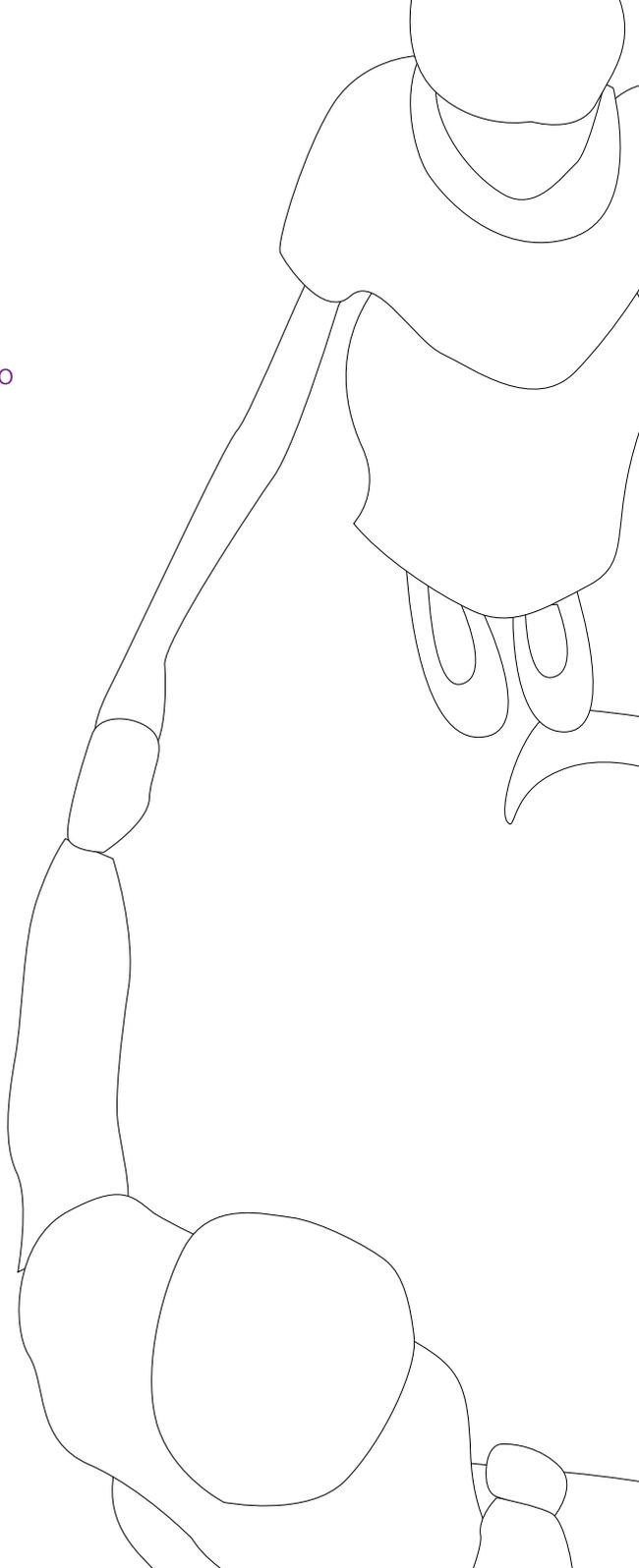
Ben é certo que o significado e as percepcións dos consumos de drogas en función do xénero están moi condicionados polo factor xeracional. Se entre as persoas adultas, na súa maioría educadas nun modelo tradicional de identidades e roles, o consumo de drogas por parte das mulleres é percibido como un comportamento reprobable, obxecto de rexeitamento social, non acontece o mesmo coas xeracións de adolescentes e de mozos, educadas en valores que defenden a igualdade entre homes e mulleres e que, consecuentemente, ven con normalidade o feito de que compartan os mesmos comportamentos e hábitos.

Así pois, existen dúas lecturas diferenciadas que coexisten na nosa sociedade en relación co consumo de drogas por parte das mulleres:

- A do rexeitamento cando os consumos os realizan as mulleres adultas, porque representan un claro desafío ao rol tradicional feminino.
- A da súa aceptación, máis ou menos tácita, cando os consumos son realizados polas adolescentes e polas mozas, posto que son percibidos como unha expresión dunha nova cultura baseada na igualdade de xénero.

4

Consumo de drogas e xénero





Consumo das distintas **drogas segundo o xénero**

O modelo tradicional de consumo de drogas, vixente na nosa sociedade ata comezos dos anos setenta, caracterizábase porque o uso de drogas, basicamente alcohol e tabaco, se circunscibía fundamentalmente á poboación masculina adulta. Este patrón cultural de relación coas drogas supuxo que os consumos entre as mulleres se mantivesen en niveis moi baixos, sensiblemente inferiores aos dos homes.

A medida que a sociedade se foi modernizando e se reduciron as desigualdades de xénero, as mulleres comezan a adquirir algunhas das condutas de risco tradicionalmente consideradas como tipicamente masculinas, o que se traduciu nun incremento substancial dos consumos femininos. As mulleres, no seu desexo de conquistar a igualdade cos homes, imitaron algúns comportamentos característicos do rol masculino, entre os que se inclúe o uso de drogas.

A pesar diso, e coa única excepción dos tranquilizantes, os consumos de drogas seguen sendo hoxe en día claramente superiores entre os homes.

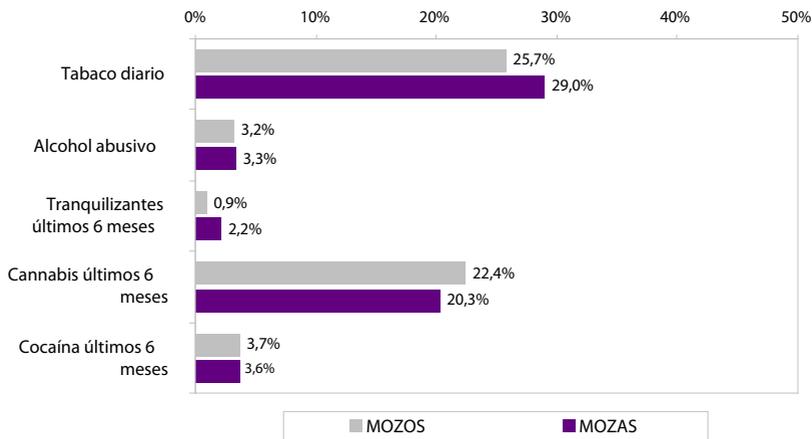
Consumo de drogas entre poboación de 12 e máis anos, segundo o xénero (%).
Galicia, 2006.

Substancias	Total	Homes	Mulleres
— 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 síntese (últimos 6 meses)	0,7	0,9	0,5
— Anfetaminas (últimos 6 meses)	0,5	0,6	0,4
— Alucinóxenos (últimos 6 meses)	0,9	1,4	0,5
— Heroína (últimos 6 meses)	0,2	0,4	0,1

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Os consumos de drogas en función do xénero están moi condicionados polo factor xeracional. Esta circunstancia explica como, nun escenario caracterizado pola supremacía dos consumos de drogas entre os homes, a equiparación dos hábitos de consumo de drogas en homes e mulleres é xa unha realidade entre os adolescentes. De feito, as e os adolescentes galegos de 12 a 18 anos fuman tabaco, beben alcohol (e abusan deste) e consomen cannabis e cocaína en porcentaxes similares.

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



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Cómpre sinalar que as mulleres se inician no consumo de tabaco, alcohol cannabis e anfetaminas máis tarde que os homes, mentres que, pola contra, teñen un contacto máis temperán coas drogas de síntese, alucinóxenos, heroína, tranquilizantes e hipnóticos (pastillas para durmir).

Idade media de inicio no consumo de drogas, segundo o xénero (anos). Galicia, 2006.

Substancias	Total	Homes	Mulleres
— Tabaco	16,7	16,4	17,2
— Alcohol	16,8	16,5	17,2
— Cannabis	17,2	17,2	17,3
— Drogas de síntese	18,8	19,1	17,4
— Heroína	21,3	21,4	20,4
— Alucinóxenos	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

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.



Singularidades dos consumos en función do xénero



Tabaco

No caso do tabaco, é perceptible a tendencia á equiparación dos hábitos de consumo entre homes e mulleres, aínda que a incidencia do tabaquismo segue a ser superior entre os homes:

- A porcentaxe de fumadores diarios continúa sendo moi superior entre os homes (do 38,1% fronte ao 25,1% das mulleres).
- Os homes consomen, de media, 3,3 cigarros máis ao día que as mulleres.
- Entre os adolescentes de 12 a 18 anos a porcentaxe de mozas que fuman diariamente (29%) supera o de mozos (25,7%). A partir desa idade, o consumo diario de tabaco é superior entre os homes, ata alcanzar a súa máxima diferenza entre as persoas de 55 ou máis anos, grupo en que por cada fumadora hai catro fumadores.
- A porcentaxe de mulleres que non fumaron nunca (56%) é case a dobre que a de homes (32,3%).

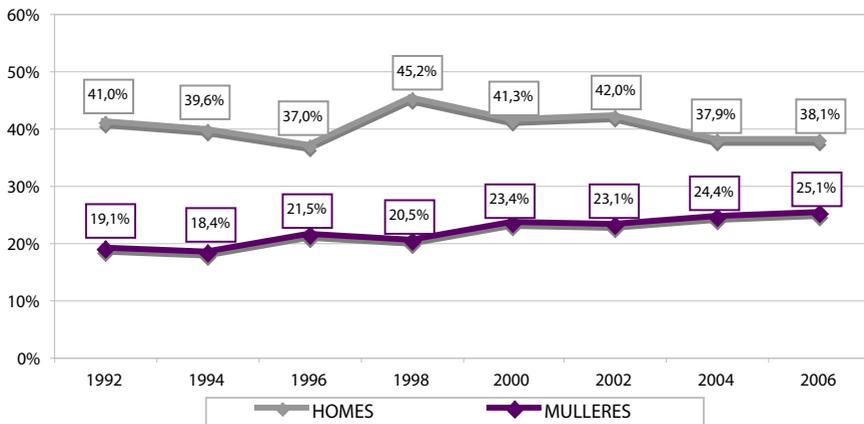
Fumadores diarios segundo o xénero e a idade (%). Galicia, 2006.

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

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

A evolución do tabaquismo en Galicia entre a poboación de 12 e máis anos durante o período 1992-2006 mostra un lixeiro incremento da poboación que fuma diariamente (do 29,6% en 1992 ao 31,3% de 2006). Esta tendencia débese ao incremento do tabaquismo entre as mulleres, posto que entre os homes se reduciu levemente a porcentaxe de fumadores diarios.

Evolución do consumo diario de tabaco, segundo o xénero. Galicia, 1992-2006.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Estudios realizados a nivel nacional (RODRÍGUEZ SANZ, M. et al. 2005) sinalan que entre as mulleres das clases sociais máis altas continúa aumentando a frecuencia de fumadoras e de grandes fumadoras. Os motivos desta situación estarían relacionados coas presións que recibe este grupo, tanto por cargas estresantes (relacionadas coa conciliación da vida familiar e laboral), como polos modelos de xénero vixentes, que poden seguir validando o feito de fumar como recurso estético. Así mesmo, as mulleres laboralmente activas seguen rexistrando as maiores porcentaxes de fumadoras, moi por enriba das que se dedican en exclusiva ás tarefas do fogar. Esta situación non é atribuíble tanto á incidencia da inserción no mercado laboral sobre o consumo de tabaco, coma á asociación deste hábito cos espazos públicos de sociabilidade.



Alcohol

Igual que acontece co tabaco, nos últimos anos produciuse un importante incremento do consumo de bebidas alcohólicas entre as mulleres. A pesar diso, os homes consomen bebidas alcohólicas nunha proporción sensiblemente superior, inxiren maiores cantidades, beben con maior frecuencia e rexistran patróns de abuso de alcohol moi superiores aos das mulleres.

- 🍷 A porcentaxe de bebedores diarios entre os homes (27,4%) é máis do dobre que entre as mulleres (12,9%).
- 🍷 Entre as mulleres obsérvase a presenza dun 73,7% de abstemias, fronte ao 47,5% no caso dos homes.
- 🍷 A porcentaxe de bebedores abusivos é máis do dobre entre os homes (6,4%) que entre as mulleres (2,8%).
- 🍷 Non obstante, entre os adolescentes as porcentaxes de bebedores abusivos son practicamente idénticas entre os mozos e as mozas.

Bebedores abusivos segundo o xénero e a idade. Galicia, 2006.

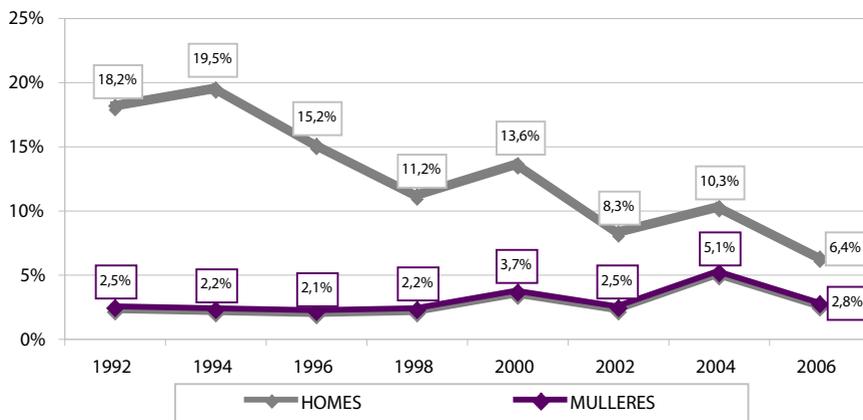
	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
— Homes	6,4	3,2	5,8	7,1	9,3	4,7
— Mulleres	2,8	3,3	5,4	3,6	1,0	2,0

FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

A evolución do consumo de alcohol entre a poboación galega de 12 e máis anos no período 1992-2006 confirma a existencia de diferenzas relevantes en función do xénero:

- ▶ Aínda que a porcentaxe de consumidores de alcohol nos últimos 30 días creceu tanto en homes como en mulleres, entre estas últimas fíxoo de forma moito máis intensa. Entre 1996 e 2006 a porcentaxe de consumidores de alcohol no último mes pasou do 70,4% ao 79,1% entre os homes e do 38,7% ao 56,4% entre as mulleres.
- ▶ Fronte ao importantísimo descenso experimentado no consumo abusivo de alcohol por parte dos homes, a porcentaxe de mulleres que beben abusivamente creceu levemente, a pesar do cal o consumo abusivo de alcohol masculino segue sendo máis do dobre que o feminino.

Evolución do consumo abusivo de alcohol, segundo o xénero. Galicia, 1992-2006.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Estudos realizados en España (RODRÍGUEZ - SANZ, M. et al., 2006) indican que, mentres que os homes de clases sociais menos favorecidas son os que presentan maiores prevalencias de consumos de risco de alcohol, no caso das mulleres estes consumos localízanse entre as de clases máis favorecidas. Esta pauta de consumo de risco en función da clase social, no caso das mulleres podería estar relacionada, igual que acontece co tabaco, co cambio das expectativas que supón o modelo actual de xénero, que facilitaría a adopción de condutas que ata non hai moito tempo se consideran propiamente masculinas.



Tranquilizantes

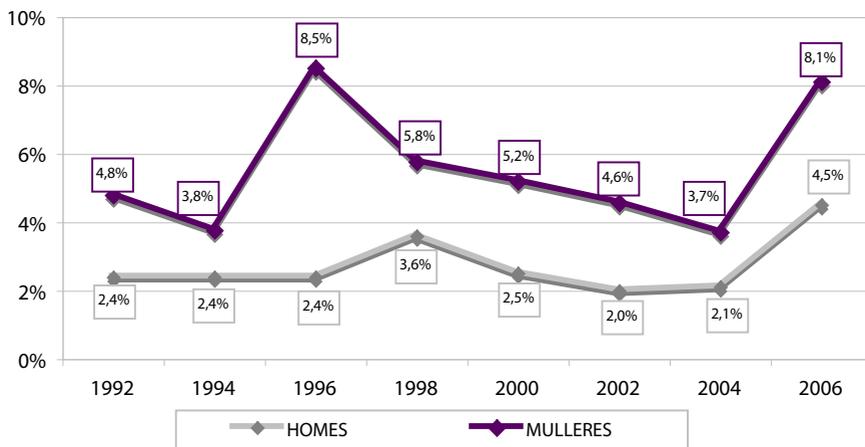
O consumo de tranquilizantes foi tradicionalmente superior entre as mulleres, cuxas prevalencias de uso nos últimos seis meses son case o dobre que entre os homes, desproporción que se mantén en todos os grupos de idade.

O maior nivel de uso de tranquilizantes por parte das mulleres relaciónase co rol tradicional centrado na reprodución e no coidado do fogar (incluído o coidado dos fillos e das persoas dependentes), o que favorece a aparición de situacións de incomunicación e illamento social, a ausencia de recoñecemento e valoración social e a carencia de proxectos e espazos propios para a realización persoal.

A sobrecarga física e emocional a que se ven sometidas numerosas mulleres incrementábase entre aquelas que compatibilizan o traballo produtivo fóra do fogar e as tarefas domésticas, en especial nos fogares monoparentais liderados por mulleres con fillos menores ao seu cargo.

A crecente utilización de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos e ansiolíticos) para o tratamento de problemas psicolóxicos provocados polas tensións sociais (familiares, laborais, etc.) levou as autoridades sanitarias a intensificar o control do seu uso, o que contribuíu a reducir o seu nivel de consumo. Non obstante, nos últimos anos produciuse un aumento no uso de tranquilizantes, tanto entre os homes como entre as mulleres, manténdose a desproporción de uso a favor destas.

Evolución do consumo de tranquilizantes (últimos 6 meses), segundo o xénero. Galicia, 1992-2006.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.



Drogas ilícitas

Os consumos de drogas ilícitas son moi superiores entre os homes; no entanto, estas diferenzas acúrtanse, ata case desapareceren, no caso dos adolescentes:

✿ O consumo de cocaína entre os adolescentes de 12 a 18 anos nos últimos 6 meses alcanza o 3,7% entre os mozos e o 3,6% entre as mozas.

✿ Pola súa banda, o consumo de cannabis neste mesmo período é do 22,4% entre os mozos e do 20,3% entre as mozas.

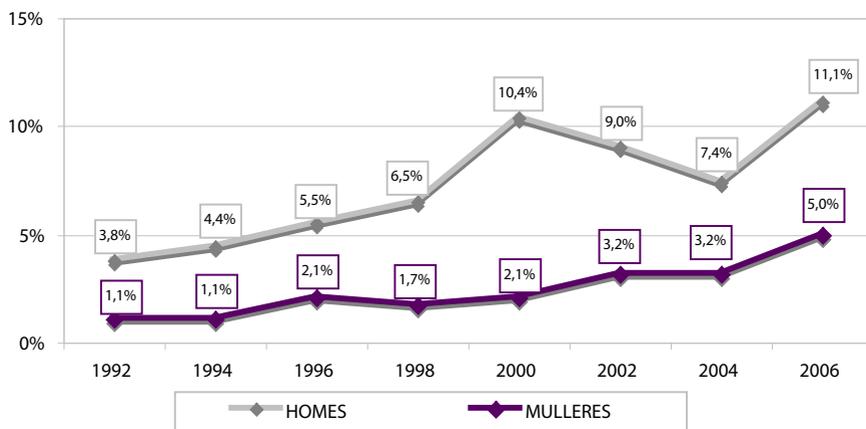
✿ A partir dos 40 anos a presenza de mulleres consumidoras de drogas ilícitas redúcese de forma drástica, ata alcanzar niveis testemuñais no caso de substancias como a cocaína.

A evolución do consumo de drogas ilícitas no período 1992-2006 mostra como, a pesar de crecer de forma significativa entre as mulleres, segue manténdose en niveis sensiblemente inferiores aos observados entre os homes. Non obstante, o ritmo de crecemento dos consumos foi proporcionalmente máis intenso entre as mulleres, circunstancia que, unida á equiparación dos consumos nos grupos de idade máis novos, fai previsible que no futuro continúen reducíndose as diferenzas de consumo en función do xénero.

Mentres que entre os adolescentes o xénero non introduce diferenzas significativas nos niveis de consumo, pois mozas e mozos participan dun patrón maioritariamente asociado a motivacións lúdicas, non sucede o mesmo entre as persoas adultas. Numerosos estudos indican que a iniciación no consumo de drogas por parte das mulleres se asocia a relacións afectivas con parellas consumidoras e como resposta a situacións conflitivas a nivel persoal ou familiar (violencia, abusos, etc.).

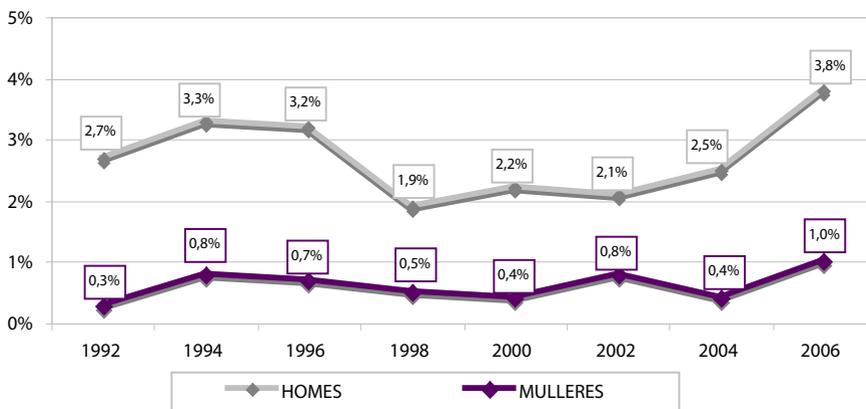
Evolución do consumo de cannabis (últimos 6 meses), segundo o xénero.

Galicia, 1992-2006.



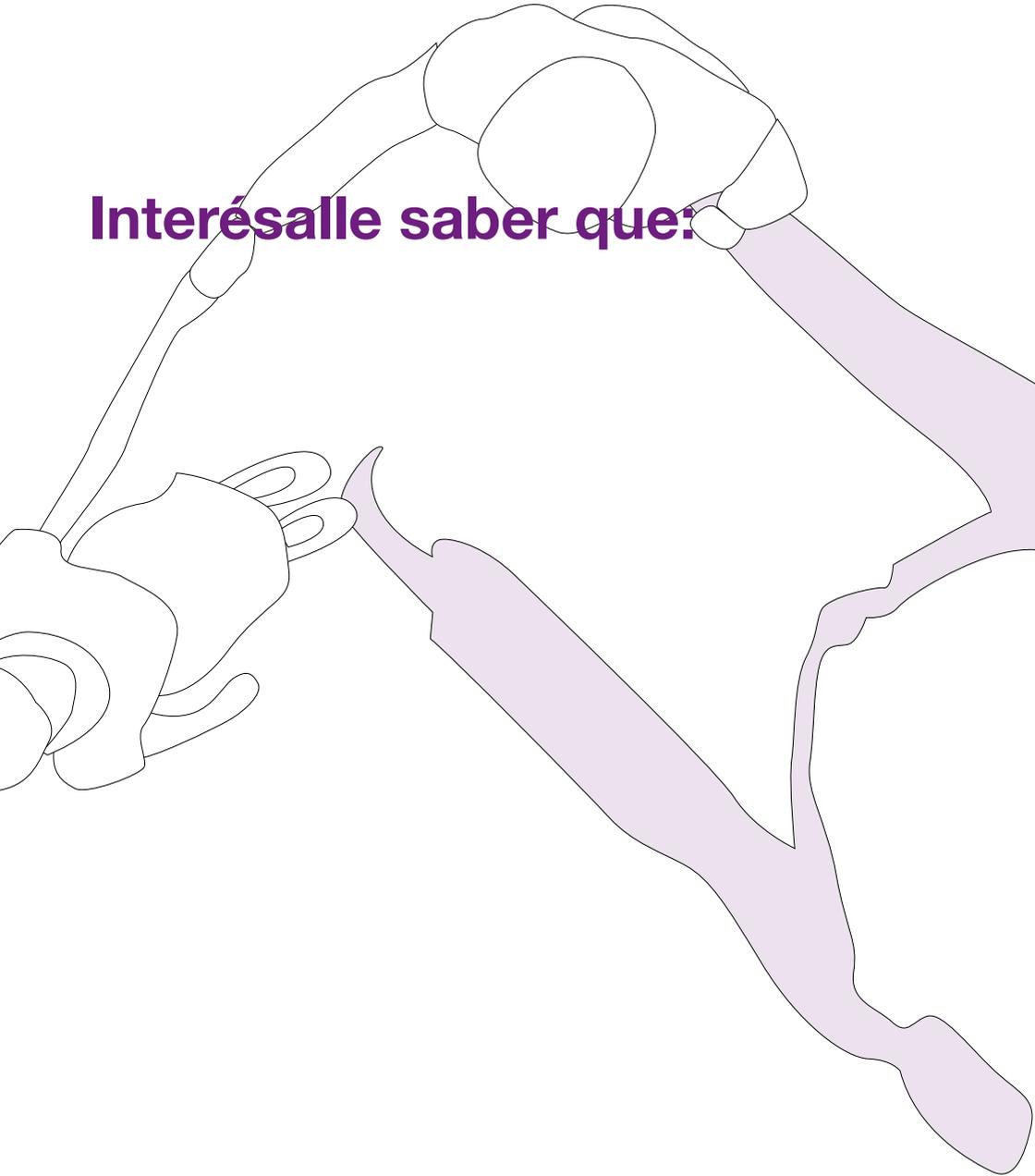
FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Evolución do consumo de cocaína (últimos 6 meses), segundo o xénero. Galicia, 1992-2006.



FONTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Interésalle saber que:



- **Aínda que os consumos de drogas son menos frecuentes entre as mulleres, estas son máis vulnerables aos seus efectos.**

No caso do alcohol as diferenzas nos procesos de metabolización das bebidas alcohólicas e no peso corporal xustifican que o Ministerio de Sanidade e Consumo fixe un limiar para os consumos de risco diferentes para cada sexo: para os homes de 28-35 unidades básicas estándar de alcohol semanais (o equivalente a 28-35 copas de viño ou canas de cervexa) e de 17-21 UBE para as mulleres.

- **As mulleres teñen maiores dificultades para iniciar tratamento polos problemas de adicción a estas substancias.**

Os datos epidemiolóxicos indican que as mulleres con problemas de adicción ás drogas se poñen en tratamento para superalos en menor proporción que os homes e, ademais, mostran unha evolución menos favorable. Iso é debido a que as mulleres se atopan con maiores barreiras que os homes para iniciar o tratamento das adiccións: a) contan con menos apoio familiar e social, b) o inicio do tratamento supón con frecuencia abandonar as súas responsabilidades no coidado do fogar e dos fillos menores e c) temen que facer pública a súa adicción supoña a retirada da custodia dos seus fillos.

- **As mulleres teñen unha evolución menos positiva ou favorable que os homes cando se incorporan a tratamentos das adiccións.**

Na menor eficacia que os tratamentos das adiccións teñen entre as mulleres inflúe tanto o feito de que moitos dos servizos asistenciais non estean adaptados ás necesidades particulares das mulleres como a presión que o propio ámbito familiar exerce para que o tratamento remate o antes posible, co fin de que as mulleres poidan asumir de novo as súas responsabilidades no fogar (que con frecuencia priorizan o coidado dos fillos e do fogar fronte á súa propia rehabilitación).

5

As drogas e as **consequencias**
do seu consumo habitual ou abusivo

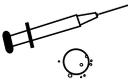




Impacto das drogas na **saúde**

O uso e abuso das drogas é un dos principais factores determinantes da saúde, en particular entre a poboación nova, unha conduta que lles afecta de forma diferente a homes e a mulleres. Non obstante, o consumo de drogas ten unha serie de efectos ou consecuencias sobre a saúde comúns para homes e mulleres, entre os que cabe mencionar:

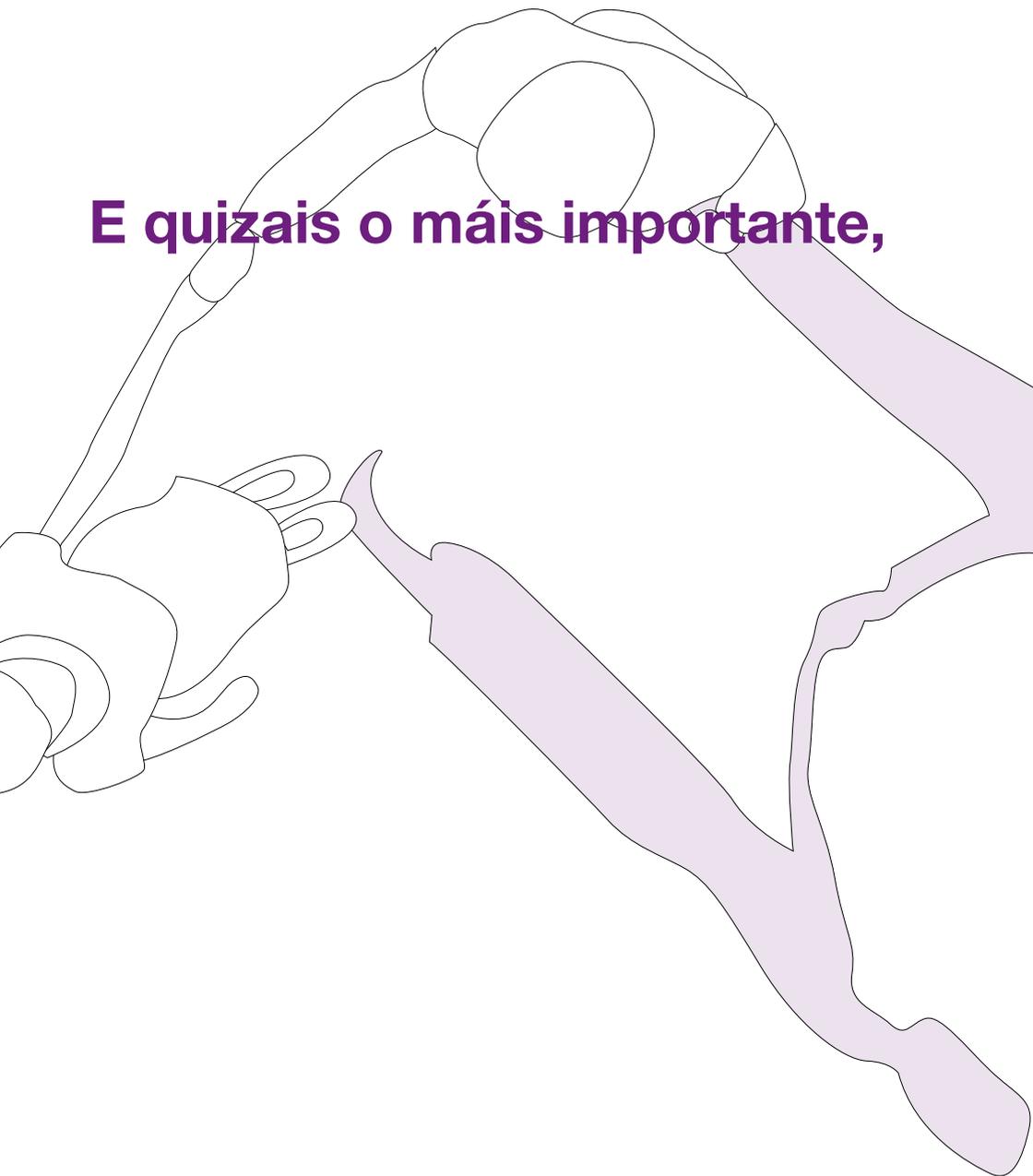
Complicacións a nivel físico

	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos dixestivos: gastrite, úlceras, cancro de colon, recto e estómago.  Lesións no fígado (hepatite, cirrose e cancro) e páncreas.  Trastornos hematolóxicos (no sangue).  Trastornos cardiovasculares: hipertensión, arritmias, cardiopatías, etc.  Trastornos metabólicos e endócrinos.  Trastornos neurolóxicos.  Envellecemento precoz.
	<p>Tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none">  Problemas respiratorios: bronquite, asma, enfisema.  Problemas cardiovasculares: hipertensión, infarto e anxina de peito.  Cancro de pulmón, boca, larinxe, farinxe, esófago, etc.  Problemas dixestivos (gastrite, úlcera).  Envellecemento prematuro.  Redución dos anos de vida.
	<p>Tranquilizantes</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteracións neurolóxicas (tremores e vertixe).  Dor de cabeza.
	<p>Cannabis (haxix, marihuana)</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteracións respiratorias, cardiovasculares e procesos cancerosos similares ao tabaco.  Alteracións do ritmo cardíaco.
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteracións cardiovasculares: taquicardias, infartos de miocardio, etc.  Alteracións neurolóxicas (hemorragias cerebrais, interrupción brusca da actividade cerebral, crises convulsivas, etc).  Problemas respiratorios.  Anorexia, perda de peso.  Mortes por reacción aguda ou sobredose.
	<p>Anfetaminas e drogas de síntese</p>	<ul style="list-style-type: none">  Anorexia e perda de peso.  Accidentes cardiovasculares (infartos, etc.).
	<p>Heroína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteracións dixestivas, renais, hepáticas, neurolóxicas, cardiovasculares, do sistema endócrino e inmunitario e do aparato locomotor.  Enfermidades infecciosas relacionadas con prácticas de risco (VIH/sida, hepatitis, etc.).

Complicacións a nivel psicolóxico ou mental

	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos do humor (afectivos): depresión, disforia, irritabilidade, agresividade, etc.  Trastornos de ansiedade.  Alteracións do sono (insomnio).  Trastornos psicóticos (alucinacións, delirium, etc.).  Alteracións da conciencia e a memoria, demencia, etc.
	<p>Tranquilizantes</p>	<ul style="list-style-type: none">  Depresión, falta de motivación, ansiedade.  Trastornos do sono.  Algunhas persoas experimentan perda de memoria, toma de decisións erróneas e dificultades de atención.
	<p>Cannabis (haxix, marihuana)</p>	<ul style="list-style-type: none">  Alteración da aprendizaxe e a memoria.  Trastornos emocionais (depresión, ansiedade).  Síndrome amotivacional (apatía, empobrecemento afectivo, desinterese).  En persoas con certa predisposición, facilita a aparición de trastornos psiquiátricos graves (brotos esquizofrénicos, alucinacións, delirios e paranoias).
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos da atención, a concentración e o sono.  Trastornos psíquicos severos: ideas paranoides, depresión, esgotamento, crise de angustia, ideas suicidas, etc.  Agresividade e condutas violentas.  Redución da capacidade para experimentar pracer de forma natural.
	<p>Anfetaminas e drogas de síntese</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos do sono (insomnio, hipersomnio).  Perda de memoria e dificultade de concentración.  Ansiedade, episodios de pánico e depresión severa.  Trastornos psicóticos: delirios paranoides, alucinacións, despersonalización e perda de contacto coa realidade.
	<p>Heróina</p>	<ul style="list-style-type: none">  Trastornos da memoria, depresión, falta de motivación (síndrome amotivacional).  Episodios esquizofrénicos, trastornos delirantes orgánicos, trastornos psicóticos e trastornos de personalidade.

E quizais o máis importante,



o consumo continuado durante períodos prolongados de calquera das drogas mencionadas ten, ademais, uns efectos comúns na saúde, como son a súa capacidade para provocar:

- Dependencia.
- Tolerancia (precísanse maiores doses para obter os mesmos efectos).
- A aparición da síndrome de abstinencia cando se suspende o consumo, caracterizada pola presenza de diferentes síntomas desagradables que varían segundo as substancias (ansiedade, irritabilidade, dificultades para durmir, alucinacións visuais ou auditivas nos casos de alcoholismo, etc.).



Impacto das drogas na **vida familiar e social**

O consumo de alcohol ou doutras drogas (cocaína, heroína, etc.) provoca:		
	Problemas familiares	<ul style="list-style-type: none">  A deterioración das relacións familiares e/ou de parella: discusións cos pais ou a parella, separacións, divorcios, etc.  A partición de episodios de violencia doméstica.  A desatención ou incumprimento de obrigas familiares (falta de colaboración en tarefas domésticas, desatención de fillos menores, etc.).  Problemas económicos (ao dedicar grandes sumas de diñeiro a financiar o consumo).  O illamento social dos consumidores e a súa familia (ruptura de relacións con amigos, rexeitamento social, etc.).
	Problemas laborais	<ul style="list-style-type: none">  Absentismo laboral, atrasos e baixas por enfermidade.  Accidentes laborais, ao verse alteradas as capacidades físicas e intelectuais.  Despedimentos e sancións por incumprimento das obrigas laborais.  Diminución do rendemento laboral e deficiente calidade do traballo.  Conflitos e malas relacións con superiores e compañeiros.
	Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none">  Redución intensa do rendemento escolar como resultado do descenso do rendemento intelectual e dos problemas de atención, concentración e memoria asociados ao consumo.  Perda de interese polos estudos e abandono temperán do sistema educativo.  Absentismo e fracaso escolar.  Problemas de relación con compañeiros e profesores.
	Problemas legais	<ul style="list-style-type: none">  Sancións e multas por conducir vehículos baixo a influencia do alcohol ou outras drogas.  Arrestos ou detencións por implicación en pelexas ou agresións.  Comisión de delitos para financiar o consumo.

6

Impacto diferencial das drogas en homes e mulleres



Homes e mulleres teñen diferentes características físicas, psicolóxicas e sociais que son a causa do distinto impacto dos consumos de drogas:

- **Diferenzas físicas.** Perceptibles no peso, a altura, a forza, o funcionamento hormonal e as respostas biolóxicas fronte ás drogas.
- **Psicolóxicas.** Derivadas tanto de factores xenéticos (existen diferenzas no funcionamento do cerebro de homes e mulleres) como educativos e que afectan á distinta capacidade de homes e mulleres para simultanear a realización de tarefas, de concentración, orientación, habilidades verbais e cognitivas, memoria, capacidade de aprendizaxe e na relevancia dada aos aspectos emocionais, neste último caso maior entre as mulleres, o que as fai máis vulnerables aos trastornos do estado de ánimo.
- **Sociais.** Con distintos roles e niveis de recoñecemento e valoración social, participación social e poder.

O escaso interese prestado ata o momento pola perspectiva de xénero nas investigacións epidemiolóxicas provoca que o coñecemento sobre o impacto diferencial das drogas en homes e mulleres sexa limitado e se centre, sobre todo, en substancias como o tabaco e o alcohol.

Elementos característicos das adicións a drogas presentes nas mulleres baseados en investigacións

- O comezo no consumo de drogas é algo máis tardío.
- Os trastornos adictivos progresan de forma máis rápida.
- Maior severidade da adicción.
- Consomen menos cantidades que os homes, pero os trastornos físicos derivados do consumo son máis frecuentes e graves.
- Sofren de xeito singular o impacto das drogas na actividade reprodutora.
- Presentan en maiores porcentaxes que os homes outros trastornos psiquiátricos asociados á dependencia das drogas.
- Sinalan con máis frecuencia a presenza de trastornos psiquiátricos previos ao consumo problemático de drogas.
- A reacción ante a depresión, a ansiedade e o estrés aparecen con frecuencia como desencadeadores do consumo de drogas.
- Maior probabilidade de ter historia de abuso físico ou sexual.
- Maior probabilidade de ter intentos de suicidios.
- Unha elevadísima probabilidade de sufrir malos tratos físicos ou psicolóxicos a mans da súa parella.
- Máis problemas familiares, laborais e económicos que os homes.
- Contan con menos apoio familiar e social para afrontar os problemas.
- Dispoñen de menos recursos ou de maiores dificultades para acceder a estes, en especial cando teñen fillos menores.

Aínda que a porcentaxe de mulleres con problemas de abuso ou dependencia das drogas é sensiblemente menor que a de homes, os problemas que presentan as mulleres teñen unha maior gravidade, o que as fai merecedoras dunha atención específica.

A continuación resúmense as principais evidencias dispoñibles sobre o impacto que teñen as distintas drogas en clave de xénero.



Tabaco

Os estudos demostran que a toxicidade do tabaco lles afecta tanto a homes como a mulleres, e nun grao similar, reiterando o feito de que, cando as mulleres fuman como os homes, enferman e morren coma eles (REDONDO, J. et al., 2007). Non obstante, as mulleres teñen unha especial vulnerabilidade fronte ao tabaco, fundamentalmente polos seus efectos na función ovárica e na secreción de estróxenos, ademais de polos seus efectos sobre o feto cando se mantén o hábito tabáquico durante o embarazo.

O consumo de tabaco ten un efecto antiestroxénico (as fumadoras compórtanse como se tivesen unha deficiencia relativa de estróxenos), o que agrava unha serie de enfermidades ou situacións patolóxicas que provocan:

- O adianto da menopausa.
- A aparición precoz e evolución acelerada da osteoporose posmenopáusica e das súas consecuencias.
- Unha maior presenza ou incidencia de quistes ováricos e de mastite (inflamación da mama).
- Unha maior frecuencia do cancro de colo uterino.
- Menstruacións dolorosas.
- Maior risco de aparición de miomas uterinos e endometriose.
- Máis probabilidade de aparición de cancro de cérvix.

Como contrapartida, o impacto do tabaco na secreción de estróxenos reduce ata nun 50% o risco de cancro de endometrio, aínda que a evolución da enfermidade é máis desfavorable entre as fumadoras.

O aumento do tabaquismo entre as mulleres provocou un intenso incremento do cancro de pulmón entre estas: nos últimos 10 anos a mortalidade por cancro de pulmón creceu un 20% entre as mulleres, fronte a un 5% entre os homes. Ademais, aumentou a incidencia de cancro oral, de garganta, larinxe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, ril, cérvix e útero. Estudos recentes poñen en evidencia que o tabaco pode aumentar a probabilidade de desenvolver cancro de mama.



Alcohol

Consumindo a mesma cantidade de alcohol, as mulleres rexistran niveis de alcoholemia superiores aos homes. Isto é debido a que as mulleres absorben e metabolizan o alcohol de xeito diferente aos homes (teñen menos enzimas metabolizantes do alcohol, máis tecido graxo e menos sangue e auga), o que provoca que, inxerindo a mesma cantidade de alcohol que os homes, a súa concentración de alcohol en sangue sexa maior.

As evidencias científicas sinalan que as mulleres toleran peor o alcohol que os homes, mostrando unha maior vulnerabilidade aos seus efectos e expoñéndose máis ca eles ao risco de danos hepáticos (hepatite, cirrose), cerebrais e enfermidades cardíacas (MARSHALL, A. W., et al., 1983, HILL, S. Y. 1984, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1999). Outra peculiaridade que lles afecta ás mulleres é o feito de que os danos do abuso de alcohol teñen nelas unha evolución moito máis rápida (LOURO, G. e BLÁZQUEZ, A. 2000). Diversos factores metabólicos, endócrinos e xenéticos provocan que nas mulleres se instauren problemas de alcoholismo en menos tempo que entre os homes e que sufran disfuncións cerebrais e desenvolvan enfermidades hepáticas e cardíacas máis cedo que os homes, mesmo cando beben menos ca eles.

Aínda que ao longo da vida as mulleres alcohólicas beben menos e durante menos tempo que os seus homólogos homes, a probabilidade de que desenvolvan hepatite e/ou cirrose alcohólica e morran diso é moito maior. A mortalidade entre as mulleres alcohólicas ás cales se lles diagnosticou cirrose aos cinco anos é case a dobre que a dos homes que padecen esta enfermidade. Pola súa banda, as mulleres que sofren de cirrose alcohólica morren case unha década antes que os homes (SÁNCHEZ-HERVAS, E. et al., 2003).

Estudos de imaxes cerebrais mostran que as mulleres alcohólicas perden maior cantidade de tecido cerebral que os homes; por esta razón, as mulleres alcohólicas rexistran disfuncións cerebrais de forma máis temperá e experimentan unha maior deterioración intelectual e un maior risco de complicacións neuropsiquiátricas.

As mulleres deben facer fronte a unha serie de riscos e consecuencias particulares derivados do abuso do alcohol; entre outros:

🍷 Osteoporose.

🍷 Alteracións do embarazo.

🍷 Alteracións xinecolóxicas e disfuncións sexuais.

- 👤 Maiores taxas de mortalidade.
- 👤 Depresión e suicidios. Entre as mulleres alcohólicas son máis frecuentes os problemas depresivos, de baixa autoestima e soidade que entre os homes alcohólicos (BECKMAN, L. J. e AMARO, H. 1984).
- 👤 Cancro de mama.



Tranquilizantes

As diferenzas nos procesos de absorción e metabolización dos tranquilizantes en función do xénero explican por que:

- 👤 As mulleres necesitan unha dose menor que os homes para obter os mesmos efectos terapéuticos.
- 👤 As mulleres experimentan ata o dobre de efectos secundarios que os homes durante o tratamento con tranquilizantes ou outros psicofármacos (ROBINSON, G. E. 2002).

Outros estudos sinalan que as mulleres consumidoras de tranquilizantes teñen unha maior tendencia que os homes a mesturalos co alcohol, o que incrementa o risco de accidentes e intoxicacións.



Cannabis

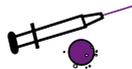
Os trastornos de ansiedade asociados ao consumo de cannabis son máis frecuentes entre as mulleres.



Cocaína

O xénero establece diferenzas na farmacocinética da cocaína (nos procesos de absorción, distribución, transformación e eliminación desta no organismo) que explican que, ante unha mesma dose, homes e mulleres teñan distintos niveis de cocaína en sangue. Iso explica por que as mulleres son, en xeral, máis vulnerables aos efectos da cocaína.

Tamén os ciclos menstruais alteran a toxicidade da cocaína, de modo que, en función do nivel de estróxenos, se produce nas mulleres unha resposta diferente na disfunción cerebral xerada polo uso crónico de cocaína.



Heroína

Non existen conclusións definitivas respecto á influencia do xénero nas consecuencias derivadas do uso e abuso da heroína. Algúns autores sinalan que as mulleres desenvolven de xeito máis rápido a adicción a esta substancia, consomen maiores cantidades e sométense a prácticas de risco, como o uso compartido de xiringas, en maior proporción que os homes.

7

Efectos das drogas na saúde sexual e reprodutiva

O consumo de drogas ten un impacto moi negativo sobre a saúde sexual e reprodutiva, provocando:

- A redución da fertilidade.
- Alteracións no curso do embarazo, con diversos danos para o feto e o neonato.
- Disfuncións sexuais e condutas de risco.
- A transmisión de enfermidades infecciosas.



Drogas e **fertilidade**

Malia que aínda se están a investigar os mecanismos polos que as diferentes drogas afectan ao funcionamento do aparato reprodutor, o certo é que producen un importante descenso da fertilidade. Os resultados das investigacións realizadas ata o momento confirman que o consumo destas substancias afecta ao funcionamento dos ovarios, alterando os ciclos menstruais.

Efectos

	<p>Tabaco (REDONDO, J. et al. (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Redución da fertilidade, tanto en mulleres como en homes. As substancias tóxicas presentes no tabaco afectan á reprodución humana e reducen de forma significativa e progresiva, segundo a cantidade consumida, a fertilidade das mulleres que desexan ter fillos. <ul style="list-style-type: none"> — Pode existir un atraso na concepción. Entre as mulleres fumadoras as posibilidades de concibir redúcense entre un 10% e un 40% por ciclo, e canto maior é o número de cigarros consumidos máis tarda a muller en quedar embarazada (OLSEN, J. 1991). — Tamén pode existir infertilidade. De feito, as mulleres que fuman teñen o dobre de risco de ser infértiles que as mulleres non fumadoras (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001). — Redución do éxito dos tratamentos de reprodución asistida. — Incremento do risco de padecer infarto agudo de miocardio entre as mulleres fumadoras que toman anticonceptivos orais, en especial das que teñen 35 anos ou máis. As fumadoras que toman anticonceptivos orais teñen un risco de padecer infarto agudo de miocardio 20 veces superior ás non fumadoras (WHO, 1996). — O adianto da menopausa (en dous anos por termo medio). As mulleres que fuman un paquete diario de cigarros durante 20 anos teñen un risco de menopausa precoz tres veces superior ás non fumadoras.
	<p>Alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Aparición de ciclos menstruais irregulares. — Ausencia de ovulación. — Un maior risco de abortos. — Aparición de menopausa precoz.
	<p>Cannabis (haxix, marihuana)</p>	<p>O consumo de haxix ou marihuana provoca cambios hormonais que dan lugar a (PASCUAL, J. et al., 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> — Trastornos menstruais. — Ciclos sen ovulación. — Abortos espontáneos.
	<p>Cocaína</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Alteración dos ciclos menstruais. — Ausencia de menstruación. — Redución do número de ciclos ovulatorios. — Secreción láctea da mama fóra do embarazo e do período de lactación (galactorrea).
	<p>Heroína e outros opiáceos</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Alteración dos ciclos menstruais. — Ausencia de regras.



Drogas e **embarazo**

O consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas durante o embarazo implica graves riscos para o feto e o neonato, posto que estas substancias atravesan a barreira placentaria e hematoencefálica (paredes dos capilares encefálicos que dificulta ou impide o paso de determinadas substancias desde o sangue ao sistema nervioso) e pasan tamén ao leite materno.



Repercusións do tabaquismo

Numerosos estudos confirman o grave impacto que o tabaco ten no desenvolvemento do feto, no parto e no desenvolvemento dos neonatos. O consumo de tabaco por parte da nai durante o embarazo incrementa o risco de:

- Complicacións da placenta.
- Rotura prematura de membranas (incrementa o risco de rotura precoz da bolsa e de hemorraxia perinatal).
- Embarazos ectópicos (implantación do embrión fóra da cavidade endometrial).
- Abortos espontáneos.
- Prematuridade.
- Baixo peso ao nacer (os fillos de nais fumadoras pesan 300 gramos e miden 1 centímetro menos de media ao nacer).
- Mortalidade perinatal (previa ou inmediatamente posterior ao nacemento).
- Os fillos de nais fumadoras teñen con maior frecuencia problemas respiratorios (maior propensión a ser asmáticos, etc.).
- O consumo moi elevado de tabaco aumenta o risco de exposición dos fillos á diabete tipo II e á obesidade na etapa adulta.
- Fumar durante o embarazo dana o corazón do feto (MALIK, S. et al., 2008).

No caso do tabaquismo pasivo (a exposición do neonato aos efectos do tabaco) increméntase o risco de “síndrome de morte súbita do lactante”, de otite media e de enfermidades respiratorias, incluída a asma.

O 25% dos abortos espontáneos e o 20% das mortes durante o primeiro ano de vida poderían evitarse se as mulleres embarazadas deixasen de fumar.



Repercusións do consumo de alcohol

A inxesta de calquera cantidade de bebidas alcohólicas durante o embarazo supón un grave risco para o feto, incrementando o risco de que os neonatos presenten anomalías conxénitas. O consumo de alcohol durante o embarazo é a principal causa de atraso mental (o 5% de todas as anomalías conxénitas son achacables ao alcohol). Estímase que polo menos 1 de cada 3.000 nados vivos presenta unha serie de anomalías ou defectos que se coñecen como “síndrome alcohólica fetal”, entre as que se inclúen: atraso no crecemento pre e posnatal, alteracións do SNC, alteracións do rostro e diversas anomalías conxénitas.

A inxesta materna de alcohol durante o embarazo pódelle afectar ao feto e ao neonato de xeito moi negativo, incrementando o risco de que:

- 🍷 Os nenos/ás sexan máis pequenos/as ao nacer.
- 🍷 Crezan menos e máis devagar que outros nenos/as.
- 🍷 Presenten alteración dos trazos faciais.
- 🍷 Teñan problemas e malformacións de distintas partes do organismo, como o corazón, os riles, o tubo dixestivo, as extremidades, etc.
- 🍷 Sufran atraso mental en distintos graos (o alcohol é a primeira causa non xenética de atraso mental).
- 🍷 Presenten o que se coñece como síndrome alcohólica fetal.
- 🍷 Teñan hiperactividade.
- 🍷 Sufran problemas da linguaxe, de adaptación e de coordinación.

Existe relación entre a dose de alcohol consumida polas nais e os efectos provocados nos fillos. As malformacións máis graves entre os nenos afectados pola exposición ao alcohol prodúcense entre alcohólicas crónicas. Tamén a exposición temporal ao alcohol, pero en grandes cantidades, se asocia co incremento do risco de malformacións conxénitas graves. Non obstante, comprobouse que o consumo de pequenas doses durante todo o período de xestación orixina a diminución do coeficiente intelectual dos fillos.

Ademais do impacto sobre o feto e os neonatos, a inxesta de alcohol causa diversos problemas sobre o embarazo:

- 🍷 Incremento do risco de abortos espontáneos.
- 🍷 Alteracións da placenta.
- 🍷 Sangrado vaxinal.



Repercusións do consumo de tranquilizantes

- 🍷 O abuso de tranquilizantes durante o embarazo pode provocar deformacións na cara dos neonatos e anomalías cerebrais.
- 🍷 Os fillos das mulleres consumidoras de tranquilizantes poden nacer con dependencia destes ou sufrir problemas respiratorios.



Repercusións do consumo de drogas ilícitas

Os fillos de nais consumidoras de drogas pesan menos ao nacer e presentan cunha maior frecuencia malformacións conxénitas e outros defectos, como: espiña bífida, atresia de esófago, ausencia de ano, rotura da parede abdominal, alteracións cardiovasculares e malformacións renais e urinarias.

Ademais provoca outros problemas:

- ☹ Aumento do risco de aborto.
- ☹ Presenza dunha síndrome de abstinencia a drogas no neonato.

Cannabis

O THC, principal principio activo do haxix e da marihuana, atravesa a barreira placentaria e acumúlase no leite, polo que non se recomenda a lactación materna en consumidoras de cannabis.

O consumo habitual de haxix ou marihuana durante o embarazo prexudica o desenvolvemento do feto, provocando:

- ✿ A redución do peso dos neonatos.
- ✿ A alteración das funcións cognitivas-mentais dos nenos.
- ✿ A aparición de trastornos de atención (escasa atención aos estímulos visuais) e hiperactividade.

O consumo de cannabis durante o embarazo asóciase a:

- ✿ Unha taxa máis alta de prematuridade e de inmadureza fetal, así como de complicacións osbtétricas.
- ✿ Os neonatos presentan nos días inmediatos ao nacemento hiporreactividade a estímulos, irritabilidade e trastornos do sono, o que parece asociarse a un cadro de abstinencia.
- ✿ A máis longo prazo, detéctase atraso na habilidade e na memoria verbais.

Cocaína

O consumo de cocaína no embarazo asóciase a un risco elevado de:

- ☞ Aborto.
- ☞ Morte fetal intrauterina.
- ☞ Prematuridade con inmadureza fetal.
- ☞ Menor peso dos bebés ao nacer.
- ☞ Danos no desenvolvemento do feto (toxicidade sobre o feto).
- ☞ Danos cerebrais. A cocaína atravesa a placenta e provoca efectos nocivos sobre o feto, especialmente lesións cerebrais, que poden ser a causa da morte intrauterina ou de danos cerebrais permanentes despois do nacemento. Estes danos poden ser o motivo polo cal moitos destes nenos padezan hiperactividade, crezan con trastornos de personalidade e da organización da resposta a estímulos ambientais, con atraso cognitivo e que na vida adul-

ta teñan unha maior predisposición a padeceren trastornos neuropsiquiátricos.

Anfetaminas e drogas de síntese

Teñen un impacto negativo sobre o crecemento fetal, incrementando o risco das malformacións cardíacas e do padal fendido dos neonatos. A inxesta materna de éxtase durante o embarazo relaciónase cun maior risco de malformacións conxénitas.

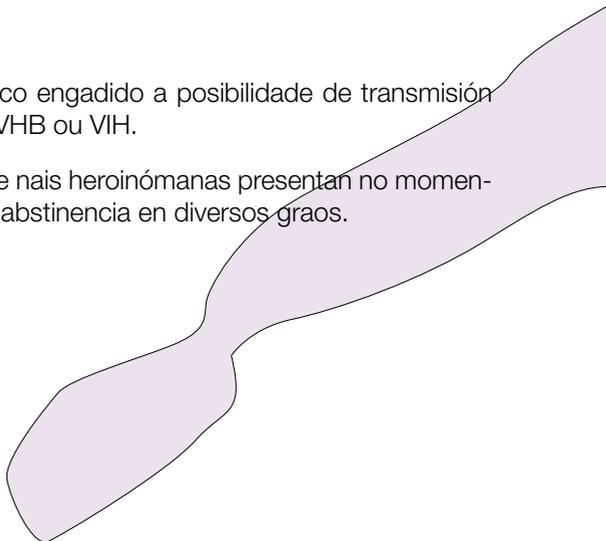
Heroína e outros opiáceos

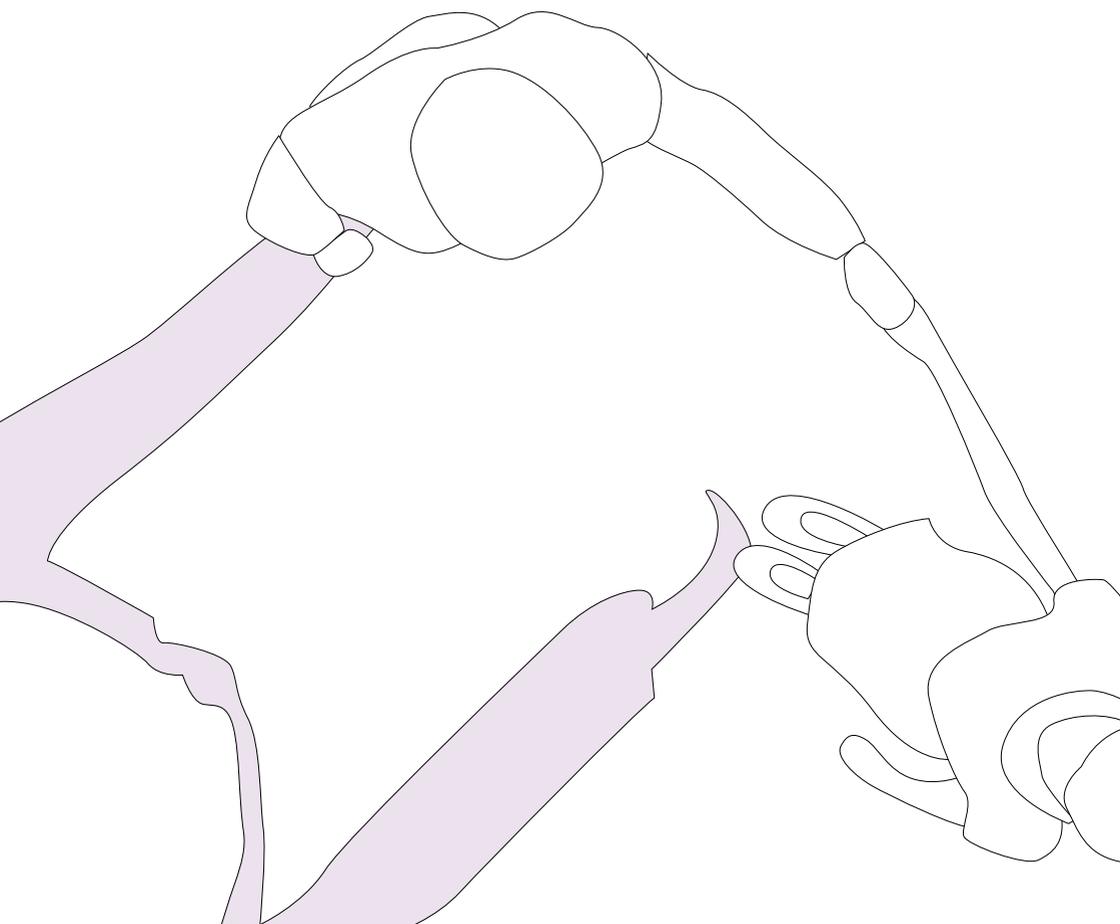
Os embarazos de mulleres consumidoras de opiáceos son considerados como de alto risco, sendo frecuentes:

- 🧠 Os abortos espontáneos.
- 🧠 Os partos prematuros ou con atraso do crecemento.
- 🧠 As mortes fetais intrauterinas.

Os fillos destas nais teñen como risco engadido a posibilidade de transmisión intraparto da infección materna por VHB ou VIH.

Entre o 60% e o 80% dos nacidos de nais heroinómanas presentan no momento do nacemento unha síndrome de abstinencia en diversos graos.





Lembre:

As secuelas dos consumos abusivos de alcohol ou doutras drogas por parte dos proxenitores son visibles no desenvolvemento dos fillos durante moito tempo despois do nacemento, concretándose nun maior risco de padecer trastornos de conduta, problemas emocionais e dificultades na aprendizaxe e nas relacións sociais.



Maternidade e adicción ás drogas

Máis alá das consecuencias que o consumo de drogas ten sobre o feto e o embarazo, a adicción ás drogas presenta graves dificultades para o exercicio da maternidade, en boa medida relacionadas coa ausencia dunha axeitada resposta ás necesidades destas mulleres.

As mulleres con consumos problemáticos ou trastornos adictivos non manteñen pautas adecuadas para o coidado da súa saúde, podendo descoidar a súa alimentación, a hixiene persoal, o cumprimento de certos tratamentos médicos ou manter prácticas de risco relacionadas ou non co consumo que impliquen riscos engadidos sobre a súa saúde. De igual modo, o seu distanciamento dos servizos sanitarios e sociais pode facer que non coñezan o seu embarazo ata varios meses despois de producirse.

Noutras ocasións, o temor das embarazadas a que a súa condición de consumidoras de drogas ou adictas poida supoñer a retirada da garda ou tutela dos seus fillos, ou a actitude recriminatoria do persoal sanitario ou do propio ámbito familiar por manter o consumo durante o embarazo, leva estas mulleres a ocultalo. Deste modo, estas mulleres cuxos embarazos son considerados en medicina como de alto risco e onde a detección precoz e a atención temperá son claves, carecen habitualmente dun seguimento e unha atención sociosanitaria axeitada.

Gran parte das deficiencias observadas no desenvolvemento dos fillos de nais con problemas de adicción ás drogas son atribuíbles a:

- O diagnóstico tardío do embarazo.
- O inadecuado seguimento do embarazo.
- O consumo de drogas durante o período pre e posnatal.
- As precarias condicións socioeconómicas e sanitarias das nais.
- A escasa vinculación afectiva nai-fillo.

Resulta necesario, pois, contar con protocolos de atención precoz, seguimento e apoio sociosanitario adaptados ás mulleres con consumos problemáticos ou adictas a drogas.

Algunhas propostas para abordar a maternidade de mulleres con problemas de adicción ás drogas pasan por (PALOP, M. 2006):

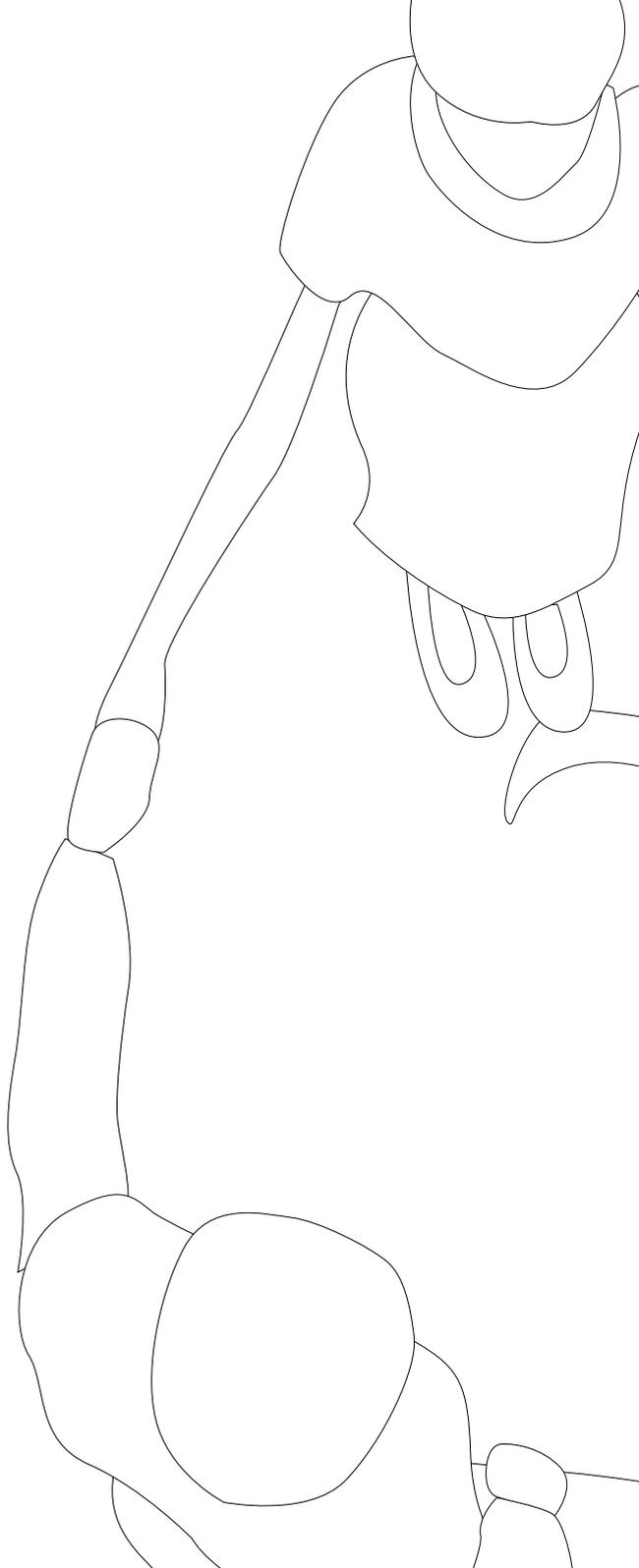
- Buscar alternativas ás dificultades de acceso aos recursos asistenciais.
- Ter en conta os medos á perda da custodia dos fillos.
- Abordar as consecuencias da maternidade e a adicción: maior estigmatización, sentimento de culpa, negación de problemas por sentirse mala nai, etc.
- Evitar o posible castigo “inconsciente” dos profesionais a estas mulleres.
- Adestramento en habilidades de maternaxe para mulleres e homes.

Pola súa parte, ensaiáronse enfoques efectivos nas intervencións para o control do tabaquismo en torno ao embarazo (GREAVES L, et al. 2003), baseados en:

- O Tailoring: adaptar a intervención segundo a idade, o nivel socioeconómico e a procedencia materna.
- O enfoque de xénero: darlle importancia á saúde da muller desde a etapa previa á concepción ata máis alá do ano posparto.
- A desculpabilización: utilizar a mensaxe de axuda, empatía.
- A prevención da recaída.

8

Drogas e **sexualidade**

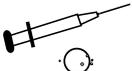




Impacto dos consumos de drogas na **actividade sexual**

Está bastante estendido o mito de que o consumo de alcohol ou doutras drogas facilita as relacións sexuais e potencia o pracer sexual, por máis que careza dunha base científica que o xustifique. Fronte aos supostos efectos afrodisíacos das drogas, os estudos científicos confirman que o seu uso ou abuso produce unha rápida e intensa deterioración da actividade sexual.

Efectos das diferentes drogas na **actividade sexual**

	Tabaco	 Provoxa impotencia sexual nos homes.
	Alcohol	 O consumo abusivo ou de grandes cantidades reduce a excitación sexual e o impulso sexual, causando impotencia nos homes e anorgasmia en mulleres e homes.  En mulleres produce frixidez, dor nas relacións e desinterese polo sexo.  En homes adolescentes, o consumo de alcohol pode provocar o retardo da maduración dos caracteres sexuais secundarios e a diminución da libido e da potencia sexual.  Nas mulleres adolescentes pode atrasar a maduración puberal (da puberdade) e a aparición dos caracteres sexuais femininos.
	Tranquilizantes	 Orixinan desinterese polo sexo, diminución do apetito sexual e impotencia.
	Cannabis (haxix, marihuana)	 Nos homes reduce a secreción de testosterona e o número e a mobilidade dos espermatozoides.  Nas mulleres provoca a redución dos ciclos menstruais e a aparición de ciclos menstruais sen ovulación, o que podería reducir a fertilidade.  As evidencias científicas confirman que o seu uso crónico se relaciona coa diminución do apetito sexual, sen que avalen os supostos efectos afrodisíacos que refiren algúns consumidores.
	Cocaína	 Aínda que o uso esporádico de cocaína pode mellorar a recompensa sexual nos homes, ao atrasar a exacuación, a medio e longo prazo reduce o pracer, provocando unha forte perda do desexo sexual e impotencia nos homes.  Nas mulleres adoita producir amenorrea (supresión do fluxo menstrual) e outras alteracións menstruais.
	Anfetaminas e drogas de síntese	 Diminución do desexo sexual e ausencia de orgasmos.
	Heroína	 Intensa diminución do desexo sexual en ambos os dous sexos.  Nos homes son frecuentes os trastornos da erección e a exacuación.  Nas mulleres adoita producir amenorrea e outras alteracións menstruais.

O consumo de alcohol ou doutras drogas ten a longo prazo un efecto negativo no ciclo desexo-excitación-orgasmo (BARREDA, M. A. et al., 2005):

- Nas mulleres o consumo de alcohol produce maior desinhibición e un aparente aumento do desexo, pero diminúe a resposta de excitación, inhibindo ou suprimindo a lubricación vaginal e a resposta orgásmica. A longo prazo produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción actúa con frecuencia como inductora dos consumos de alcohol, como un xeito (inadequado) de afrontar a insatisfacción.
- A diminución do desexo sexual é moi común entre as mulleres que abusan de tranquilizantes (DE LA CRUZ, M. J. et al. 2002).



Conductas de risco vinculadas á **actividade sexual**

O consumo de alcohol ou doutras drogas ten un efecto inicial desinhibidor, causando a perda de control e a deterioración do xuízo e da capacidade de tomar decisións acertadas. Iso facilita os encontros sexuais e que se manteñan comportamentos de risco que, de estar en plenitude de condicións, serían evitados.

O resultado destes efectos é que o uso e abuso do alcohol e doutras drogas reduce sensiblemente as posibilidades de manter sexo seguro, dando lugar a diferentes prácticas sexuais de risco:

- Esquecemento ou desatención das medidas de protección (relacións sexuais sen preservativo).
- Contactos con parellas sexuais ocasionais sen protección.
- Relacións non desexadas ou plenamente consentidas.
- Embarazos non desexados.

O abuso de alcohol por parte da poboación adolescente está a contribuír á expansión das enfermidades de transmisión sexual e dos abortos entre este colectivo.

As prácticas sexuais de risco están xeneralizadas entre os consumidores de drogas e, de xeito especial, entre as persoas con problemas de abuso ou dependencia. Un estudo realizado en Galicia sobre a poboación incorporada a tratamento con metadona indicaba que o 20,3% destes pacientes mantivera, polo menos nunha ocasión, contactos sexuais con parellas ocasionais sen utilizar preservativos nos 12 meses previos ao inicio do tratamento (SÁNCHEZ, L. et al., 2005a). Pola súa banda, os datos achegados polo Rexistro Galego de Casos de Sida indican que, entre os casos de sida diagnosticados ata o 31 de decembro de 2007 en mulleres, o 34,2% tiñan as relacións heterosexuais como principal vía de transmisión da enfermidade, porcentaxe que entre os homes se reduce ao 16,1%.

Estes comportamentos sexuais son especialmente perigosos no caso das persoas con adicción ás drogas, posto que presentan elevadas prevalencias de diferentes enfermidades infectocontaxiosas (VIH/sida, hepatite B e C, enfermidades de transmisión sexual –sífilis, gonorrea, infección por cándida–, etc.), o que incrementa enormemente a posibilidade da extensión do seu contaxio.

As condutas sexuais seguen uns marcados patróns de xénero. A pesar da liberación sexual conseguida pola maioría das mulleres, aínda existen uns condicionantes sociais que fan que moitas mulleres non expresen abertamente as súas necesidades sexuais e que antepoñan o amor e a entrega incondicional aos desexos da parella á protección e ao coidado da súa saúde (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007), uns comportamentos que son atribuídos ás desigualdades de xénero no poder sobre os encontros sexuais (CREPAZ, N. e MARKS, G. 2002).

A prevención das condutas sexuais de risco relacionadas co consumo de drogas desde unha perspectiva de xénero implica:

- Abordar tópicos e estereotipos que presentan as drogas como facilitadoras das relacións sexuais e do pracer sexual.
- Abordar os estereotipos que vinculan o uso de certas drogas (tabaco, cocaína, etc.) coa imaxe corporal, o atractivo físico e sexual e supostos efectos adelgazantes.
- Ter presente a especial vulnerabilidade das mulleres fronte aos efectos das drogas nas relacións sexuais e nas prácticas sexuais de risco.
- Ter en consideración as consecuencias específicas derivadas para as mulleres da exposición a relacións sexuais sen protección (embarazos, contaxio de enfermidades, etc.).



Drogas e **prostitución**

Numerosos homes e mulleres con problemas de adicción ás drogas recorren de forma esporádica ou sistemática á prostitución como forma de financiar o consumo de drogas. Estas prácticas supoñen un dobre risco para a saúde:

- A presenza de enfermidades infecciosas (hepatite, VIH/sida, enfermidades de transmisión sexual, etc.) entre as persoas con consumos problemáticos de drogas ou problemas de adicción é moi elevada, o que incrementa o seu risco de transmisión por vía sexual.
- O exercicio da prostitución obriga estas persoas a aceptar prácticas sexuais de risco cos seus clientes, o que as expón a sufrir diversas infeccións.

Tamén resulta frecuente, en particular entre mulleres que abusan de cocaína, observar como acceden a manter relacións sexuais con suxeitos que as invitan a unha dose. Trátase dunha forma sutil de prostitución, baseada no intercambio de favores sexuais por drogas, que con frecuencia non é recoñecida como tal polos que a practican e que ilustra as desigualdades de xénero que aínda hoxe persisten na nosa sociedade.

No caso dos homes, móstranse convencidos de que o seu éxito no terreo sexual non ten que ver co efecto “facilitador” dos seus contactos sexuais exercido pola invitación a consumir gratis. Pola súa banda, as mulleres están persuadidas de que acceden libremente a manter estes encontros sexuais.

O abuso de drogas impide que as persoas, en especial as mulleres, decidan libremente sobre a súa vida sexual, forzándoas en ocasións á prostitución.

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

9

Motivacións e factores

asociados ao consumo de drogas

As motivacións de homes e mulleres para iniciarse no consumo das distintas drogas ou para manter este consumo non son sempre coincidentes. Por esta razón, a perspectiva de xénero trata de poñer de relevo as motivacións latentes no inicio do consumo e o mantemento das situacións de abuso das drogas por parte de homes e mulleres.



Factores de risco asociados ao consumo de drogas entre as mulleres

Entre os factores de risco que as investigacións realizadas ata o momento identifican como asociados ao consumo de drogas por parte das mulleres, inclúense:

Aínda que boa parte destes factores de risco non son exclusivos das mulleres, inciden sobre elas de forma diferenciada, producíndose certa sobreexposición feminina a determinados factores. Un exemplo desta sobreexposición atópase na publicidade do alcohol e do tabaco, que tivo como poboación diana as mulleres, en especial as adolescentes, resaltando a idea de que a conquista da igualdade de xénero pasa pola asunción de comportamentos ata hai pouco exclusivos dos homes.

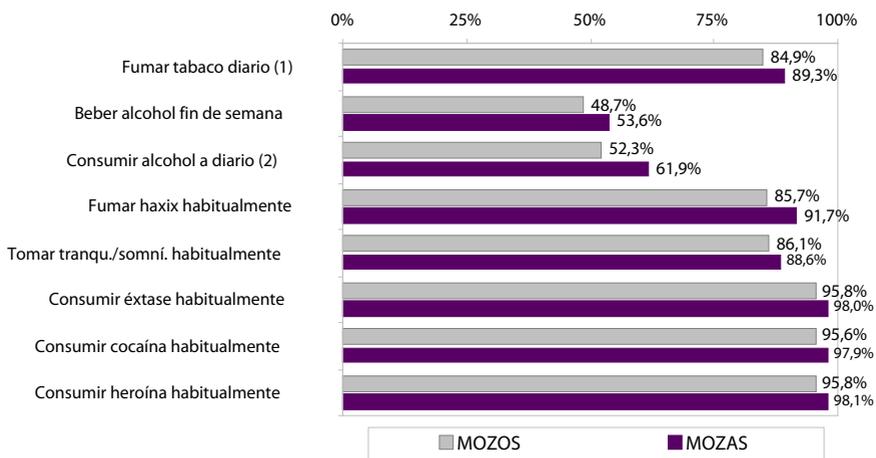
Poden extraerse algunhas conclusións en relación cos factores asociados aos consumos de drogas por parte das mulleres, como son:

- O importante peso que teñen os consumos como resposta a determinados estados emocionais ou sintomatoloxía negativa de carácter psicolóxico (as mulleres consomen drogas en boa medida para tratar de manexar ou evitar problemas de estrés, ansiedade, soidade, etc.).
- O singular impacto que teñen os factores familiares, feito propiciado en boa medida porque a capacidade das mulleres para illarse/afastarse dun ámbito familiar conflitivo/hostil é máis reducida que a dos homes.
- A función que exercen os consumos como instrumentos facilitadores da sociabilidade feminina e da súa presenza en espazos públicos.

Existen outras diferenzas de xénero en relación cos factores asociados ao consumo de drogas, como é a maior influencia sobre as mulleres de certos factores de protección, que axudan a evitar ou reducir os consumos:

- As mulleres, incluídas as adolescentes, teñen unha maior percepción do risco asociado ao consumo de drogas, o que lles permite desenvolver estratexias de control e evitación do uso e abuso de drogas.

Risco percibido asociado ao consumo de drogas entre os estudantes de Secundaria de 14 a 18 anos, segundo o xénero (% que opina que esa conduta pode producir bastantes ou moitos problemas). España, 2006.



(1) Fumar un paquete de tabaco diario. (2) Tomar unha ou dúas canas/copas por día.

FONTE: Enquisa Estatal sobre Uso de Drogas en Estudantes de Secundaria 2006. DXPNSD.

- As mulleres atribúenlle maior valor á saúde, tanto propia como allea, o que fai que manteñan máis autocoidados que os homes.
- O modelo tradicional de roles, vixente en moitos pais e nais, proporciónalles un plus adicional de protección fronte ás drogas ás mozas, que se concreta en:
 - as actitudes paternas cara ao consumo de drogas por parte das fillas adolescentes son menos permisivas que no caso dos fillos homes,
 - prodúcese un maior nivel de supervisión e/ou control sobre as actividades das fillas e
 - prodúcese unha maior restrición á presenza das mozas nos espazos de ocio nocturno, onde se producen a maioría de consumos recreativos de drogas.

Actitude que os estudantes de Secundaria (14-18 anos) perciben nos seus pais respecto á eventualidade de que consuman distintas drogas, segundo o xénero (%). España, 2004.

Actitude paterna	Consumo de tabaco			Consumo de alcohol			Consumo de cannabis		
	Home	Muller	Total	Home	Muller	Total	Home	Muller	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 liberdade

FONTE: Enquisa Estatal sobre Uso de Drogas en Estudantes de Secundaria 2004. DXPNSD.



Motivacións específicas das mulleres para o consumo das distintas drogas



Motivacións para o consumo de tabaco

O enfoque de xénero permite identificar as motivacións do inicio e mantemento da dependencia tabáquica, conduta que ata mediados do século pasado era exclusiva dos homes, posto que o consumo de tabaco era (e é) unha práctica basicamente social reservada aos homes. A conquista do ámbito social polas mulleres exíxelles reproducir as condutas propias deste, por iso o tabaco é percibido como símbolo da independencia feminina e da igualdade entre sexos, identificando o seu consumo como signo de autonomía, atractivo e éxito social (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007).

Os factores asociados ao inicio do tabaquismo son diferentes en mulleres e homes e están profundamente marcados polos roles de xénero. Mentres que a autoestima, o estrés, os problemas co peso corporal e a preocupación pola autoimaxe son os factores que máis inflúen na iniciación das mozas, nos mozos fumar forma parte da busca de novas sensacións (BECOÑA, E. e VÁZQUEZ, F. L. 2000).

Aínda que homes e mulleres fuman para reducir o estrés, os factores desencadeadores son distintos. Mentres que as mulleres fuman como reacción a experiencias negativas, os homes fano habitualmente para aumentar sensacións positivas (BRUNSWICK, A. MESSERI, P. 1984, FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. PERIS, M. 2001).

Tamén **se observan diferenzas de xénero nas motivacións para seguir fumando**. O temor a engordar é, de feito, un dos factores que máis contribúen a que as mulleres sigan fumando ou se impliquen menos no abandono dos cigarros. Non en van, o estereotipo actual de muller ideal impón a delgadeza, non só como requisito estético, senón como vía para alcanzar o éxito social (TUBERT, S. 2005).



Motivacións das mulleres para o consumo de alcohol

O abuso de alcohol por parte das mulleres relaciónase cos seguintes factores (LOURO, G. e BLÁZQUEZ, A. 2000):

- 👤 **Factores biolóxicos:** historia familiar de alcoholismo e maior vulnerabilidade biolóxica aos efectos do alcohol.
- 👤 **Factores psicosociais:** convivencia con parella alcohólica ou dependente a outras drogas, presenza de patoloxía psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso doutras substancias, trastornos da alimentación), acontecementos vitais estresantes (abusos e malos tratos durante a infancia e a adolescencia), conflitos de parella e/ou rupturas familiares, disfuncións sexuais e o consumo de drogas durante a adolescencia.

Os problemas co alcohol son moito máis frecuentes entre as mulleres que sufriron abusos sexuais durante a infancia (WIINFIELD, L. et al., 1990). Pola súa banda, aproximadamente o 40% das mulleres con problemas co alcohol que se incorporan a tratamento presentan diversos trastornos psiquiátricos, fundamentalmente depresión maior e trastornos de ansiedade.

A elevada presenza de trastornos depresivos en pacientes alcohólicos levou a considerar a depresión como posible causa dos problemas de alcoholismo (moitas mulleres abusarían do alcohol para aliviar os síntomas depresivos). Precisamente, o agravamento da sintomatoloxía depresiva adoita ser a causa pola cal moitas mulleres deciden solicitar tratamento.

Un elemento diferencial perceptible na etioloxía dos problemas de abuso de alcohol que lles afectan ás mulleres é que este tipo de consumos responderían, fundamentalmente, a unha conduta evasiva fronte a situacións conflitivas ou estresantes, relacionadas con certos acontecementos vitais traumáticos e os conflitos e rupturas familiares e/ou de parella, circunstancia que explicaría as importantes taxas de trastornos psiquiátricos presentes entre as mulleres dependentes do alcohol.



Motivacións das mulleres para o consumo de tranquilizantes

As motivacións femininas para consumir psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) relaciónanse coa necesidade de evitar certa sintomatoloxía, como o estrés, a angustia, o nerviosismo, a tristura ou as dificultades para durmir, que derivan das súas responsabilidades familiares e/ou da compatibilidade do traballo dentro e fóra do fogar.

Moitas das mulleres, como o propio ámbito familiar e social, consideran estas reaccións emocionais ante determinadas circunstancias e condicións de vida como unha enfermidade que pretende ser superada co uso de psicofármacos (DE LA CRUZ, M. J. et al., 2002).



Motivacións das mulleres para o consumo doutras drogas

As mulleres teñen motivacións diferentes para iniciarse no consumo de drogas (con frecuencia fano a partir de relacións con parellas adictas) e para continuar consumindo (DAWSON, D. A. 1996). Ademais, os obstáculos para conseguir o éxito do tratamento difiren segundo o sexo, debendo as mulleres afrontar máis situacións que ameazan o bo resultado (JARVIS, T. J. 1992, HODGINS, D. C. et al., 1997, SMITH, W. B., WEISNER, C. 2000).

A pesar destas diferenzas, o certo é que tanto os instrumentos de diagnóstico como os métodos de tratamento seguen un modelo de comportamento masculino. Por esta razón, desde diferentes ámbitos reclamouse a importancia de mellorar a investigación, os diagnósticos nas mulleres e o desenvolvemento de programas de tratamento sensibles ás diferenzas de xénero.

10

Publicidade e drogas



A publicidade ten un papel determinante nos hábitos de consumo de alcohol e tabaco, ao manipular os procesos de identificación persoal e de integración grupal e social (SÁNCHEZ, L. 2006b). A mensaxe que traslada a publicidade é que consumindo estes produtos seremos persoas máis felices, atractivas e con maior éxito social.

A publicidade do tabaco e das bebidas alcohólicas ten os adolescentes e as mulleres como os seus principais destinatarios. As influencias sociais que perciben as mulleres para adaptarse ao novo rol social que lles asigna o moderno modelo de xénero son utilizadas de forma reiterada pola publicidade, que tivo un papel clave no incremento do consumo de tabaco e alcohol entre este colectivo.

A publicidade atribúelle significados simbólicos ao consumo de tabaco, asociándoo á satisfacción de determinadas necesidades sociais e psicolóxicas, na súa maioría derivadas dos cambios nos roles de xénero tradicionais (vitalidade, delgadeza, sofisticación ou atractivo físico), mentres que a industria busca atraer os homes a través de mensaxes ligadas a estereotipos de masculinidade, tales como a felicidade, a riqueza, o bo estado físico, o poder ou o éxito sexual (KAUFMAN, N. J. e NICHTER, M. 2001).

Coa finalidade de incrementar o volume das súas vendas, os fabricantes de cigarros decidiron hai uns anos xeneralizar o consumo de tabaco entre as mulleres, recorrendo a estratexias de márketing consistentes en:

- Utilizar actrices, modelos e mulleres famosas fumando, que encarnaban as aspiracións de moitas mulleres de emancipación e ruptura cuns roles sociais e culturais que durante anos as situaban nun papel subordinado fronte aos homes.
- Intensas campañas publicitarias dirixidas especificamente ás mulleres, con mensaxes máis ou menos explícitas do tipo “atrévete”, “dá un paso” ou “¿quen dixo que o pracer é só cousa de homes”.

Todas estas estratexias converxían nunha dobre mensaxe: presentar o consumo de tabaco por parte das mulleres como un acto “liberador” (como unha forma de emancipación, de expresión da igualdade das mulleres fronte aos homes) e como un símbolo de clase e estilo, de “glamour”, potenciador do encanto sexual. Estas mensaxes permaneceron inalteradas desde os anos cincuenta e sesenta e foron imitadas máis tarde pola publicidade de bebidas alcohólicas.

A análise das mensaxes e contidos da publicidade do tabaco permite identificar as seguintes evocacións ou asociacións que establece co consumo deste produto:

Evocacións/asociacións presentes nos anuncios de tabaco	
— Transgresión, rebeldía	— Modernidade
— Asunción do risco	— Diversión, desfrute, pracer
— Aventura	— Amizade, compañía
— Descubrir cousas novas	— Tranquilidade, relaxación
— Liberdade	— Éxito social
— Exaltación de contradicións	— Sensualidade, sedución
— Emancipación feminina	— Éxito sexual
— Muller libre, moderna, actual, independente	— Naturalidade, desenfado
— Sofisticación	— Autenticidade, orixinalidade
— Masculinidade	— Deporte, competición, triunfo
— Compartir con amigos/as	— Sensación intensa, vida a tope
— Vida cosmopolita, urbana	— Vida sa e natural
— Interculturalidade	— Natureza, pureza
	— Desexo incontido

Pola súa parte, a publicidade das bebidas alcohólicas utiliza unha estratexia máis indiscriminada, dirixida maioritariamente a adolescentes e mozos de ambos os dous sexos. ¿Como incita a publicidade ao consumo de bebidas alcohólicas por parte dos mozos? Fundamentalmente a través de tres vías:

- Asociando o consumo de bebidas alcohólicas cunha serie de trazos ou características propias da psicoloxía e a forma de ser dos mozos (amizade, rebeldía, aventura, transgresión, paixón, diversión, vivir o presente, etc.), co que consegue que o consumo de alcohol sexa percibido como unha conduta típica ou propia dos mozos (tanto de mozas como de mozos). Indirectamente a mensaxe que traslada é que para ser novo é imprescindible beber alcohol.
- Facendo do consumo de alcohol un compoñente imprescindible para que os mozos se sintan integrados, aceptados por outros mozos. Pretende reforzar a idea que só saíndo de festa en bares e discotecas e bebendo ata a madrugada é posible estar con outros mozos ou ter amigos ou amigas.
- Presentando os adolescentes e mozos como iguais, resaltando o feito de que todos os mozos e mozas comparten as mesmas necesidades, valores e desexos de divertirse consumindo alcohol.

O éxito conseguido pola publicidade de bebidas alcohólicas nesta estratexia que asocia alcohol → mozos/as → diversión → amigos/as → noite resulta evidente. En apenas dúas décadas logrou que unha elevada porcentaxe de mozos e mozas, sen apenas diferenzas de xénero, participen dun modelo de ocio de fin de semana que xira en torno ao uso e abuso de alcohol e doutras drogas.

Evocacións presentes nos anuncios de bebidas alcohólicas

— Diversión	— Rebeldía
— Festa, música, baile	— Transgresión
— Noite sen límite	— Romper límites
— Mozos despreocupados	— Novas sensacións/emocións
— Vivir o momento	— Soños feitos realidade, maxia
— Hedonismo	— Descubrir cousas novas
— Contraposición de obrigas	— Aventura
— Liberación de responsabilidades	— Asumir riscos
— Desinhibición	— Modernidade
— Sociabilidade	— Exclusividade
— Integración grupal	— Autenticidade
— Amizade, compartir	— Sofisticación, orixinalidade
— Provocación, sedución	— Muller libre, moderna
— Sensualidade, erotismo	— Cultura, arte
— Paixón, atracción	— Deporte

11

Drogas e **violencia de género**



A violencia de xénero inclúe todo acto que, nunha relación de parella, comporte violencia física ou psicolóxica, incluídas as agresións á liberdade sexual, as ameazas, as coaccións ou a privación arbitraria de liberdade.

A Organización Mundial da Saúde entende por violencia inflixida pola parella todo comportamento que, nunha relación de parella, lles cause prexuízo físico, psicolóxico ou sexual aos que manteñen esa relación (OMS, 2006). Comprende actos de agresión física (losquear, golpear, patear), maltrato psicolóxico (intimidación, denigración ou humillacións constantes), relacións sexuais forzadas ou calquera outro comportamento controlador (illar unha persoa dos seus familiares e amigos, vixiar os seus movementos e restrinxir o seu acceso á información ou á axuda).

Aínda que existen diferentes teorías explicativas da violencia de xénero, cada unha das cales lle outorga un maior peso a determinado tipo de factores, existe un consenso básico á hora de considerala como un fenómeno multideterminado. Entre os factores explicativos da violencia de xénero inclúense os seguintes:

- **Socioculturais:** actitudes tradicionais ante o rol da muller, cambios nas normas sociais e culturais, sistemas de crenzas patriarcais, sexismo, tolerancia fronte á violencia, etc.
- **Familiares:** conflitividade familiar, pobreza e carencia de recursos, estrés e frustración familiar, falta de apoio social, conflitos de intereses, loitas de poder na parella, etc.
- **Relacionados cos agresores:** abuso de alcohol/drogas, modelos violentos de conduta, exposición á violencia na nenez, trastornos mentais, personalidade e condutas antisociais, necesidade de exercer o poder e o control, dependencia persoal, baixa tolerancia á frustración, pobre control de impulsos, etc.
- **Relacionados coas vítimas:** personalidade dependente, baixa autoestima, déficit de apoio social e estratexias de afrontamento persoal, maltrato e/ou abusos sexuais na familia, acontecementos vitais estresantes, dependencia económica, etc.

Múltiples investigacións realizadas para coñecer as causas que explicarían a aparición dos episodios de violencia de xénero coinciden en atribuírle un papel destacado ao consumo de alcohol ou doutras drogas por parte dos agresores. Numerosas evidencias científicas confirman a relación existente entre o consumo de alcohol, en especial cun patrón abusivo, e a violencia contra a parella que, segundo diferentes estudos realizados en España (GENERALITAT VALENCIANA, 1990; INSTITUTO VASCO DA MULLER, 1991; SÁNCHEZ, L. 2003; SÁNCHEZ, L. et al., 2004), estaría presente entre o 30% e o 50% dos casos de violencia de xénero estudados.

Os mecanismos de influencia do consumo de alcohol sobre a violencia son complexos. Algunhas teorías apuntan aos efectos farmacolóxicos do alcohol, que actuaría desinhibindo os mecanismos que inhiben as condutas violentas e diminuindo a capacidade de xuízo e a percepción do risco asociado a certas condutas violentas. Sábese tamén que, aínda que en moitos casos o consumo de alcohol non é o responsable directo da violencia de xénero, actúa como un elemento que precipita a realización de actos violentos, aumentando o número das agresións e a gravidade destas (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1997).

Convén ter en conta que o consumo de alcohol é esgrimido en ocasións por parte dos agresores como atenuante da súa responsabilidade penal ou civil polos actos violentos cometidos, circunstancia que podería contribuír ao sobre-dimensionamento da súa influencia real sobre a violencia de xénero.

Un estudo internacional coñecido como Proxecto GENACIS, no contexto do cal se realizaron 500 entrevistas en Galicia, obtivo as seguintes conclusións respecto á relación existente entre o consumo de alcohol e doutras drogas e a violencia de xénero (SÁNCHEZ, L. et al., 2004):

- Detéctase unha importante presenza do alcohol no escenario das agresións. As vítimas sinalan que preto da metade (o 47%) das persoas implicadas nas agresións estiveran a beber con anterioridade a estes episodios, ben só o agresor (25,9%), ben ambos os dous (16,7%), ben só a vítima (3,5%).
- Os bebedores e bebedoras cun patrón de inxesta abusiva foron vítimas de agresións físicas a mans da parella nos últimos dous anos nunha porcentaxe tres veces superior (7,4%) á dos abstemios (2,1%).
- Existe unha asociación positiva entre os niveis de consumo de alcohol polos agresores e a frecuencia das agresións inflixidas á parella nos últimos dous anos (a medida que se incrementa o consumo crece a frecuencia das agresións físicas): entre os bebedores abusivos detéctase a presenza dun 7,8% de maltratadores, fronte ao 0,9% entre os abstemios.
- O consumo de drogas ilícitas por parte dos agresores correlaciónase positivamente coa frecuencia das agresións inflixidas, multiplicándose por dez con respecto aos non consumidores destas substancias.
- Consumir drogas ilícitas incrementa notablemente o risco de ser vítima da violencia de xénero: as persoas consumidoras de drogas ilícitas distintas dos derivados do cannabis sufriron agresións físicas a mans da súa parella nunha porcentaxe cinco veces superior ás non consumidoras.

Estudos realizados entre as mulleres vítimas da violencia de xénero que estaban sendo atendidas en servizos de apoio e protección específicos para elas confirman a intensa asociación existente entre o consumo abusivo de alcohol ou doutras drogas e a violencia contra a parella (SÁNCHEZ, L. 2003):

Constátase a importantísima presenza dos consumos abusivos de alcohol entre os agresores:

- O 60% dos agresores tería, a xuízo das vítimas, antecedentes persoais por problemas de alcoholismo ou de abuso doutras drogas.
- Case un de cada dez agresores tería participado en tratamentos de deshabitación por problemas co alcohol (9%) ou drogas ilícitas (13%).

Atendendo aos datos achegados polas vítimas, o 52% dos agresores tería un patrón de consumo abusivo de alcohol.

O 59% das vítimas afirma que algún dos dous membros da parella bebera antes de producirse a agresión e o 37% sinala que o agresor bebera en exceso ou estaba borracho nas ocasións en que foron maltratadas.

A xuízo das vítimas, o 54% dos agresores emborrachábase unha ou máis veces por semana e o 18% facíao diariamente.

As vítimas atribúenlle ao consumo abusivo de alcohol por parte do agresor un papel moi relevante como orixe do maltrato sufrido: o 18,1% das vítimas indica que esa foi a causa pola que foi maltratada, a segunda razón máis importante, por detrás da personalidade violenta do agresor.

Razóns polas que as vítimas consideran que foron maltratadas (%) . Resposta múltiple	
MOTIVO	%
– Personalidade violenta do agresor	23,2
– A súa parella bebía alcohol de xeito abusivo	18,1
– Celos	14,5
– Tiña unha visión machista das mulleres	13,0
– Trastornos psíquicos do agresor	8,7
– Consumía outras drogas (distintas do alcohol)	6,5
– O agresor foi maltratado na súa infancia	5,8
– Non aceptaba que (a vítima) o abandonase	5,1
– Outras razóns	5,0

O 52% das vítimas considera que o consumo abusivo de alcohol polo agresor tivo moita importancia ou foi a principal causa, como desencadeadora da violencia padecida.

Existe unha correlación positiva intensa entre o nivel de consumo de alcohol dos agresores e a frecuencia e gravidade das agresións inflixidas ás vítimas: a frecuencia das agresións é moi superior entre os bebedores abusivos e as lesións provocadas ás vítimas máis graves.

Unha recente publicación da Organización Mundial da Saúde (OMS, 2006) confirma a relación entre o consumo de alcohol e a violencia inflixida pola parella, incrementando a frecuencia e a gravidade dos actos de violencia.

- O consumo de alcohol afecta directamente ás funcións cognitivas e físicas e reduce o autocontrol, polo que os individuos son menos capaces de atopar unha solución non violenta aos conflitos relacionais.
- O consumo excesivo de alcohol por un dos membros da parella pode agravar as dificultades económicas, os problemas do coidado dos fillos, a infidelidade e outros estresores familiares. Iso pode xerar tensión e conflitos conxugais e incrementar o risco de que se dean actos violentos entre os membros da parella.
- A creenza individual e social de que o alcohol xera agresividade pode alentar a comportarse violentamente despois de consumilo e a consumilo como desculpa por estes comportamentos.
- Ser vítima da violencia nunha relación pode conducir a beber alcohol como método de afrontamento ou para automedicarse.

Nos estudos sobre violencia inflixida pola parella é habitual constatar o consumo recente de alcohol por parte dos agresores. As estimacións varían duns países a outros. Nos Estados Unidos de América e en Inglaterra e Gales, as vítimas crían que a súa parella estivera a beber antes dunha agresión física no 55% e no 32% dos casos, respectivamente. Tamén se constatou o consumo de alcohol entre as vítimas da violencia de parella, aínda que en menor grao que entre os agresores.

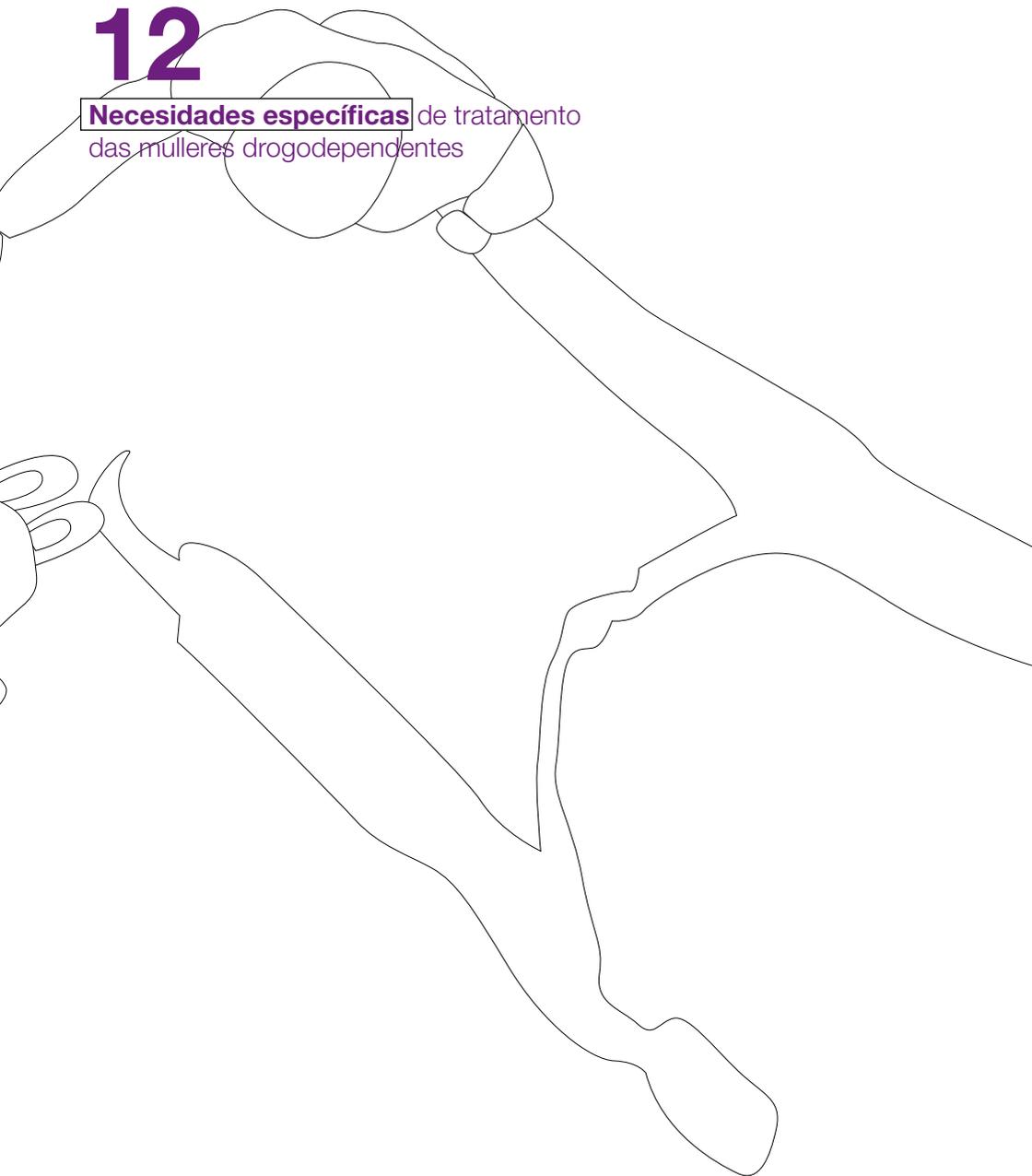
Entre as consecuencias da violencia de xénero, a OMS destaca:

- Efectos sobre a saúde da vítima, que nalgunhas mulleres poden causar complicacións do embarazo ou abortos.
- Problemas emocionais que conducen ao suicidio, ideas suicidas, depresión e o consumo de alcohol ou outras drogas como modo de afrontamento.
- Nos casos graves, as lesións provocadas poden ser mortais.

- Problemas sociais que afectan ás relacións con familiares, amigos e futuras parellas e á súa capacidade de traballar ou estudar.
- Os nenos testemuñas de actos de violencia de xénero, ademais de sufriren danos físicos e emocionais, teñen máis probabilidade de presentar comportamentos violentos e delituosos na infancia e de consumo abusivo ou dependencia do alcohol a idades máis tardías, elevando o seu risco de converterse en perpetradores de actos violentos.
- Incremento nos custos sanitarios (tratamentos cirúrxicos, incremento das consultas médicas, estadias hospitalarias, gastos de farmacia e consultas a servizos de saúde mental).
- Outros custos económicos (accións xudiciais, servizos de apoio ás vítimas, perda de ingresos e derivados dos custos emocionais).

12

Necesidades específicas de tratamento das mulheres drogodependentes



Existe consenso ao sinalar que o feito de que a maior parte das terapias existentes para o tratamento das drogodependencias foron deseñadas pensando nos homes. A perspectiva de xénero no tratamento das adicións circunscríbese a situacións concretas como o embarazo, a maternidade ou a prostitución. Unha carencia que dificulta –cando non impide– o axeitado tratamento das mulleres.

As mulleres drogodependentes presentan unha serie de características que condicionan tanto a súa decisión de abandonar o consumo como a accesibilidade ao tratamento e a súa eficacia, entre as cales destacan (PANTOJA, L. 2007):

- A dependencia afectiva da parella é máis intensa no caso das mulleres, que se inician con frecuencia no consumo para compartir experiencias con ela (conseguir a súa aceptación e unha maior vinculación) e cuxa opinión adoita ser determinante á hora de abandonar o consumo e iniciar tratamento.
- Teñen cargas e responsabilidades familiares que dificultan o tratamento.
- Presentan sentimentos de culpabilidade e unha baixa autoestima.
- Presentan estados depresivos e de ansiedade que dificultan o seu acceso aos tratamentos e o éxito nestes.
- Sufriron experiencias traumáticas (violencia de xénero, abusos sexuais, intentos de suicidio, etc.)
- Son obxecto dunha especial estigmatización ou rexeitamento social, que se intensifica entre aquelas que teñen fillos, e que se traduce no silenciamento ou ocultación do problema (negando a súa existencia) e no atraso ou a non demanda de apoio para superalo.
- Dificultades de acceso aos tratamentos residenciais cando existen fillos menores (que non están adaptados para a súa acollida).
- Dependem economicamente da familia ou da parella.
- Teñen unha importante precariedade laboral (desemprego, contratos temporais, etc.).

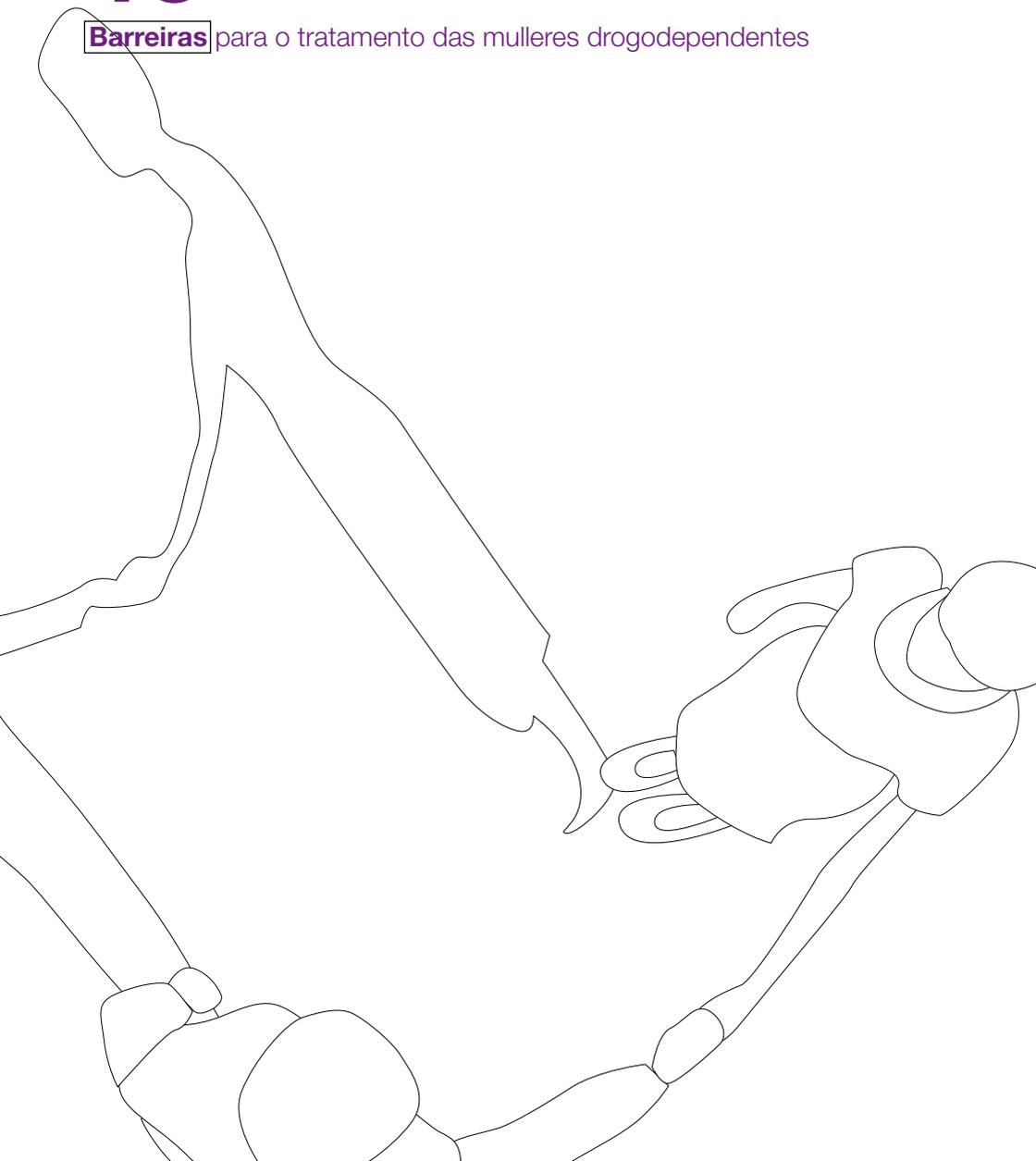
As mulleres drogodependentes están en situación de clara desvantaxe respecto dos homes á hora de acceder a tratamento polo risco adicional que senten de fracaso no exercicio do seu rol e de illamento e rexeitamento social.

Os estudos realizados entre mulleres con problemas de abuso e/ou dependencia do alcohol permiten identificar a existencia dunha serie de necesidades específicas ou diferenciais entre este colectivo, que se localizan nos seguintes ámbitos (SÁNCHEZ, L, 2006a):

- As carencias afectivas, en boa medida derivadas do distanciamento afectivo entre os distintos membros do sistema familiar.
- Os conflitos e/ou rupturas de parella.
- O pobre autoconcepto, os sentimentos de desvalorización e a falta de confianza en si mesmas.
- Depresión e outras alteracións psicolóxicas.
- A escasa autonomía persoal.
- O rexeitamento da súa imaxe corporal.
- As dificultades nas relacións sociais e para a integración en grupos.
- O consumo doutras substancias (psicofármacos, etc.), ademais do alcohol.
- A incapacidade para asumir axeitadamente tarefas relacionadas co coidado dos fillos e/ou a organización e o funcionamento familiar.

13

Barreiras para o tratamento das mulheres drogodependentes



Os resultados dos estudos realizados en diferentes países acerca das impresións das mulleres dependentes do alcohol e doutras drogas sobre os obstáculos e impedimentos para o seu acceso ao tratamento coinciden en sinalar unha serie de factores comúns, como son (SÁNCHEZ, L. 2006):

- A estigmatización ou vergoña sobreengadida que soportan as mulleres.
- Os derivados das súas responsabilidades como nais ou esposas, tales como a preocupación polo coidado dos fillos ou o medo a perder a súa custodia.
- A presenza dunha parella drogodependente.
- O temor a ser abandonadas pola parella.
- Non ser conscientes de que o alcoholismo ou as toxicomanías son unha enfermidade e/ou a creenza de que poden superar este problema por si mesmas.
- O medo á abstinencia.
- A existencia de listas de espera para o acceso a certos servizos ou a imposibilidade de acceso cando teñen fillos menores (fundamentalmente residenciais).
- A falta de información sobre as opcións de tratamento.
- A ausencia de servizos adaptados ás necesidades das mulleres (por exemplo, nas casas de acollida para mulleres maltratadas négaselles o acceso ás mulleres drogodependentes).

Un informe sobre o tratamento do abuso de substancias e a asistencia ás mulleres dependentes da Oficina das Nacións Unidas Contra a Droga e o Delito (ONUDD, 2004) sinala a presenza dos seguintes obstáculos ou barreiras para o acceso ao tratamento das mulleres:

Obstáculos inherentes aos sistemas

Serían os factores que impiden o establecemento de servizos axeitados ás necesidades das mulleres, tales como: a escasa presenza de mulleres en cargos e postos responsables da formulación das políticas e a asignación de recursos, a escasa sensibilización respecto ás diferenzas de xénero como un elemento determinante da saúde das persoas, a falta de coñecementos acerca das mulleres con problemas de abuso de substancias e das súas necesidades de tratamento, a ausencia de modelos de tratamento sensibles ás cuestións de xénero ou a necesidade dunha ampla variedade de servizos asistenciais, superior á dos homes.

Obstáculos de tipo estrutural

Esta categoría inclúe factores que lles afectan especificamente ás mulleres e que dificultan o seu acceso ao tratamento, como son: o feito de que sexan elas as que soporten maioritariamente o coidado dos fillos (con frecuencia carecen de coida-

dores alternativos e do apoio da súa parella e familia ou de programas institucionais que garantan o coidado dos fillos mentres dure o tratamento), a ausencia de servizos específicos para embarazadas, a consideración do abuso do alcohol ou doutras drogas como causa para a retirada da custodia dos fillos, a existencia de horarios ríxidos nos programas asistenciais incompatibles coas responsabilidades familiares e domésticas das mulleres, a existencia de listas de espera ou a deficiente detección e derivación dos problemas de abuso de alcohol que lles afectan ás mulleres desde os servizos de atención primaria de saúde.

Obstáculos sociais, culturais e persoais

Esta categoría intégrana factores como a maior estigmatización, a vergoña ou culpa que experimentan as mulleres dependentes do alcohol, as maiores desigualdades sociais que padecen, a ausencia de apoio da súa parella ou familia no caso de optar por incorporarse a tratamento, o temor a perder a custodia dos fillos ou a desconfianza respecto á eficacia dos tratamentos e a súa capacidade para entender os problemas singulares das mulleres.

Un estudo realizado para analizar as barreiras para accederen a tratamento os pacientes drogodependentes da comunidade valenciana (SÁNCHEZ, L. et al., 2005b), sobre unha mostra de 2.123 pacientes (deles 442 mulleres), permitiu identificar unha serie de barreiras específicas da poboación feminina dependente do alcohol ou doutras drogas á hora de acceder a tratamento continuación.

Entre os factores que as mulleres dependentes do alcohol sinalan para explicar a súa demora para demandar tratamento, destacan por orde de importancia os relacionados con:

- A estigmatización, que se asocia ao sentimento de vergoña, preocupación pola confidencialidade do tratamento e, polo tanto, da adicción (que ocupan, respectivamente, a primeira e terceira posición entre as barreiras ao tratamento).
- Baixa percepción ou dificultades de autorrecoñecemento do problema, (pensar que poderían superar o problema polos seus propios medios e/ou que non precisaban axuda, non identificar a existencia do problema, non recoñecerse como adictas, pensar que os tratamentos son para outras persoas en peor estado, negar a presenza de problemas asociados ao consumo, non identificar o problema como unha enfermidade, etc.).
- Os temores ou problemas que provoca o tratamento, relacionados con motivacións tales como o temor ao diagnóstico dalgunha enfermidade, á síndrome de abstinencia, o medo a ingresar nun hospital ou a fracasar no tratamento.
- As motivacións relacionadas coa resistencia ao cambio: gústalles beber, non desexan deixar de consumir, atribuírlle ao consumo máis cousas positivas que negativas ou crer que non saberían vivir sen alcohol.

Entre as razóns que as mulleres con problemas de adicción ás drogas distintas ao alcohol (heroína, cocaína ou cannabis) sinalan para xustificar o seu atraso á hora de solicitar asistencia, inclúense, por orde xerárquica, en función da porcentaxe de mencións:

MOTIVO	%
— Pensaba que podía superalo persoalmente, cos seus propios medios	53,9
— Atopábase avergoñada	47,2
— Cría que os tratamentos eran para persoas que estaban peor ca ela	45,5
— Non pensaba que tivese un problema serio coas drogas	43,1
— Preocupábana as molestias que puidese causarlle a síndrome de abstinencia	41,5
— Ao seu xuízo, o consumo de drogas non lle xeraba ningún problema	41,5
— As drogas non lle causarán, realmente, moitos problemas na súa vida	41,5
— Ao seu xuízo, as drogas non eran o seu problema principal	40,6
— Non cría que fose unha persoa drogodependente	40,5
— Non pensaba que necesitase axuda	40,5
— Gustáballe consumir drogas e non o quería deixar de facer	39,5
— Pensaba que a súa familia non o entendería	38,8
— Non pensaba que fose unha enfermidade	37,3
— Cría que non sabería vivir sen consumir drogas	36,9
— Tiña medo a fracasar no tratamento	35,5
— Non lle gusta que ninguén lle diga o que ten que facer coa súa vida	35,2
— Non quería deixar de consumir	35,2

14

Respostas aos problemas
relacionados coas drogas cunha perspectiva de xénero

Panel Europeo sobre o Mainstreaming (“transversalidade”) de Xénero en Saúde

Entre as achegas do Panel Europeo sobre o Mainstreaming de Xénero (“transversalidade de xénero”) en Saúde, inclúense as seguintes recomendacións:

- Xerar información sobre a situación e os determinantes das inequidades de xénero no ámbito da saúde, logrando que esta información sexa comprensible para as persoas responsables dos ámbitos políticos e de planificación, así como para profesionais da promoción de saúde.
- Debe tamén promoverse a mobilización en apoio das accións dirixidas a unha maior equidade en saúde, así como definir os mecanismos institucionais a través dos cales estas prioridades poidan incorporarse de xeito democrático e sustentable dentro do proceso de xestión das políticas públicas.
- Fomentar a investigación e formación sobre temas de xénero. Xerar evidencia científica é un dos mellores procedementos para mostrar a necesidade de facer cambios nas políticas, así como para mellorar as políticas facéndoas sensibles ao xénero. Os estados membros e a OMS deberán incluír a perspectiva de xénero como un dos criterios para o financiamento de calquera investigación relevante. Isto leva consigo establecer directrices e levar a cabo programas de formación sobre xénero e saúde dirixidos a persoal sanitario e, especialmente, ás persoas que investigan e aos que avalíen as propostas de investigación.
- Resaltar a participación e o papel das mulleres co fin de subliñar a urxencia de eliminar o enfoque instrumentalista que predominou con respecto á participación feminina no sistema de saúde, a prol dunha maior equidade na distribución das responsabilidades e do poder na produción de saúde.

Recomendacións do grupo de xénero e tabaco do Comité Nacional de Prevención do Tabaquismo: nove puntos para avanzar na equidade (Barcelona, 13 de novembro de 2004).

- Instar as administracións públicas a incluír a perspectiva de xénero nas estruturas e actividades relacionadas co control e a prevención do consumo de tabaco, dado que a experiencia acredita a frecuencia e a facilidade con que o xenérico universal tende a masculinizarse.
- Exhortar as administracións públicas á utilización de linguaxe non sexista na redacción de plans, programas, actividades, conclusións, informes e outros documentos relacionados co tabaco.
- Promover a inclusión dos datos desagregados por sexo e os datos relacionados co xénero nos rexistros e sistemas de información, nos programas de actuación fronte ao tabaquismo e nas actividades de prevención

e control. Para facilitar a inclusión da perspectiva de xénero, nos rexistros e sistemas de información propóñense tomar en conta, polo menos, os seguintes aspectos:

- Horas de traballo produtivo e horas de traballo reprodutivo.
- Cargas familiares.
- Horas de dedicación ao coidado.
- Incluir a paridade como horizonte orientador das actuacións do Comité Nacional de Prevención do Tabaquismo (CNPT) e como meta nas súas estruturas directivas e de funcionamento, garantindo a presenza da perspectiva de xénero en todas as actividades e congresos.
- Inclusión do enfoque de xénero na avaliación dos relatorios e/ou comunicacións aos congresos e actividades formativas e de investigación que realicen o Comité Nacional de Prevención do Tabaquismo e as sociedades integradas neste.
- Promover e realizar investigacións acerca do papel do xénero na situación do tabaquismo de homes e mulleres, especialmente no que se refire a:
 - Motivacións para o inicio do consumo.
 - Influencia sobre os distintos patróns de consumo.
 - Mecanismos que interveñen na produción de recaídas.
 - Estratexias para mellorar a eficacia das intervencións en fumadoras embarazadas.
 - Estratexias para mellorar a eficacia das intervencións en fumadoras climatéricas.
 - Análise de posibles diferenzas na aparición de patoloxías atribuíbles ao tabaco.
 - Análise de posibles diferenzas na accesibilidade á prestación de servizos de axuda para deixar de fumar.
 - Análise de posibles diferenzas na resposta aos tratamentos do tabaquismo.
 - Estudar a situación específica de homes e/ou mulleres respecto ao tabaquismo.
 - Incluir unha reflexión nas investigacións, sobre os puntos fortes e as debilidades do propio estudo en relación coa perspectiva de xénero, achegando propostas acerca das necesidades futuras de inclusión de ferramentas e procedementos metodolóxicos que permitan establecer conclusións que tomen en consideración a perspectiva de xénero.
- Promover a formación acerca do papel do xénero na situación do tabaquismo de homes e mulleres.
- Promover a integración dos medios de comunicación na loita contra o

tabaco desde a perspectiva de xénero.

- O grupo de traballo Tabaco e Muller do CNPT participa da convicción de que o enfoque de xénero implica homes e mulleres; non obstante, é necesario destacar a necesidade de promover o empoderamento das mulleres e, en consecuencia, manifesta a súa decisión de impulsar o seu papel na coordinación, liderado, difusión e representación nas actividades do propio grupo.

Recomendacións do Consello Nacional de Control de Estupefacientes de Chile para o tratamento das mulleres con adicións a drogas (CONACE, 2004).

Entre estas orientacións, que se sustentan na premisa de que existen maneiras específicas de intervir no tratamento das dependencias en mulleres, inclúense as seguintes:

- Nas adicións femininas resulta prioritaria a abordaxe dos aspectos psicoafectivos e relacionais.
- Debe incidirse de xeito específico sobre os roles maternos e de crianza.
- Hai que ser especialmente coidadoso á hora de evitar xuízos de valor sobre aspectos relacionados coa sexualidade e a maternidade, evitando culpar as mulleres polo abandono e/ou desatención dos seus fillos.
- O mantemento dunha relación de empatía entre a persoa que solicita axuda e os membros do equipo encargados da súa atención resulta determinante entre as mulleres como predictor da adherencia ao programa.
- A garantía da confidencialidade e a privacidade do tratamento.
- A primeira entrevista de acoollida resulta primordial, debe ser aberta, dedicándolle todo o tempo necesario. Se é posible, deberá procurarse que o terapeuta sexa unha muller para evitar posibles resistencias.
- A derivación a outro programa terapéutico debe ser asistida.
- A contención emocional debe ser o obxectivo da primeira etapa do tratamento coas mulleres adictas.
- Superada a etapa inicial, o tratamento deberá incidir no fomento das habilidades cognitivas que permitan a toma de decisións e a resolución de conflitos, axudando á estruturación da vida cotiá e a afrontar os 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. e AMARO, H. (1984). "Pattern of women's use alcohol treatment agencies". En: Wilhasck, S.C. y Beckman, L. J., ed. Alcohol problems in women. New
- BECOÑA, E. e VÁZQUEZ FL. (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. e 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. e 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, DA. (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 e 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. Vitoria.
- 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. e 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 Sanidade e 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, decembro 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 da Saúde. Xenebra.
- ONUDD (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina das Nacións Unidas Contra a Droga e o Delito. Viena.
- PALOP, M. (2006). *Propuestas para abordar las drogodependencias desde un enfoque de género*. Primeiro encontro de persoas expertas Muller e Drogas. Madrid, 21 de decembro 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 a Prevención do Tabaquismo e Ministerio de Sanidade e 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 Saúde da Muller e do SNS, Ministerio de Sanidade e Consumo.
- RODRÍGUEZ - SANZ, M. et al., (2006). *Informe salud y género 2005*. Observatorio da Saúde da Muller, Ministerio de Sanidade e Consumo.
- RUBIO, G. e 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 e 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 do Diploma de Especialización de Xénero e Saúde Pública. Escola Nacional de Sanidade e Observatorio de Saúde da Muller do Ministerio de Sanidade e 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 **xénero***

(*) POLÍTICA DA OMS EN MATERIA DE XÉNERO. Integración das perspectivas de xénero no labor da OMS. Glosario sobre o xénero. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.

Análise de xénero define, analiza e informa as medidas encamiñadas a facer fronte ás desigualdades derivadas dos distintos papeis da muller e do home ou das desiguais relacións de poder entre eles, e as consecuencias desas desigualdades na súa vida, a súa saúde e o seu benestar. A forma en que se distribúe o poder na maioría das sociedades fai que as mulleres teñan menos acceso e control sobre os recursos necesarios para protexer a súa saúde e menos probabilidades de intervir na adopción de decisións. A análise de xénero na esfera sanitaria adoita poñer de manifesto a forma en que as desigualdades redundan en prexuízo da saúde da muller, as limitacións a que esta se enfrenta para alcanzar a saúde e os modos de facer fronte e superar esas limitacións. A análise de xénero tamén pon de relevo os riscos e problemas de saúde a que se confrontan os homes como resultado da interpretación social do seu papel.

Equidade de xénero refírese á imparcialidade e a xustiza na distribución de beneficios e responsabilidades entre homes e mulleres. O concepto reconece que o home e a muller teñen distintas necesidades e gozan de distinto poder, e que esas diferenzas deben determinarse e abordarse con miras a corrixir o desequilibrio entre os sexos.

Igualdade de xénero é a ausencia de discriminación baseada no sexo da persoa en materia de oportunidades, asignación de recursos e beneficios ou acceso aos servizos.

Incorporación das cuestións de xénero.

Defínese como «o proceso de avaliar as consecuencias que ten para os homes e as mulleres calquera acción planificada, incluída a lexislación e as políticas ou programas, en calquera sector e a todos os niveis. É unha estratexia para facer dos problemas e experiencias das mulleres e dos homes unha dimensión integral do deseño, a execución, a vixilancia e a avaliación das medidas, en todas as esferas políticas, económicas e sociais, de maneira que as mulleres e os homes se beneficien por igual e non se perpetúe a desigualdade. O obxectivo último é conseguir a igualdade de xénero». «A incorporación das cuestións de xénero é un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios nas culturas de organización e nas mentalidades, así como nos obxectivos, as estruturas e a asignación de recursos.

Xénero. O termo utilízase para describir as características de homes e mulleres que están baseadas en factores sociais, mentres que **sexo** se refire ás características que veñen determinadas bioloxicamente. As persoas nacen con sexo masculino ou feminino, pero aprenden a ser nenos e nenas que se convierten en homes e mulleres. Este comportamento aprendido compón a identidade de xénero e determina os papeis dos xéneros.

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.

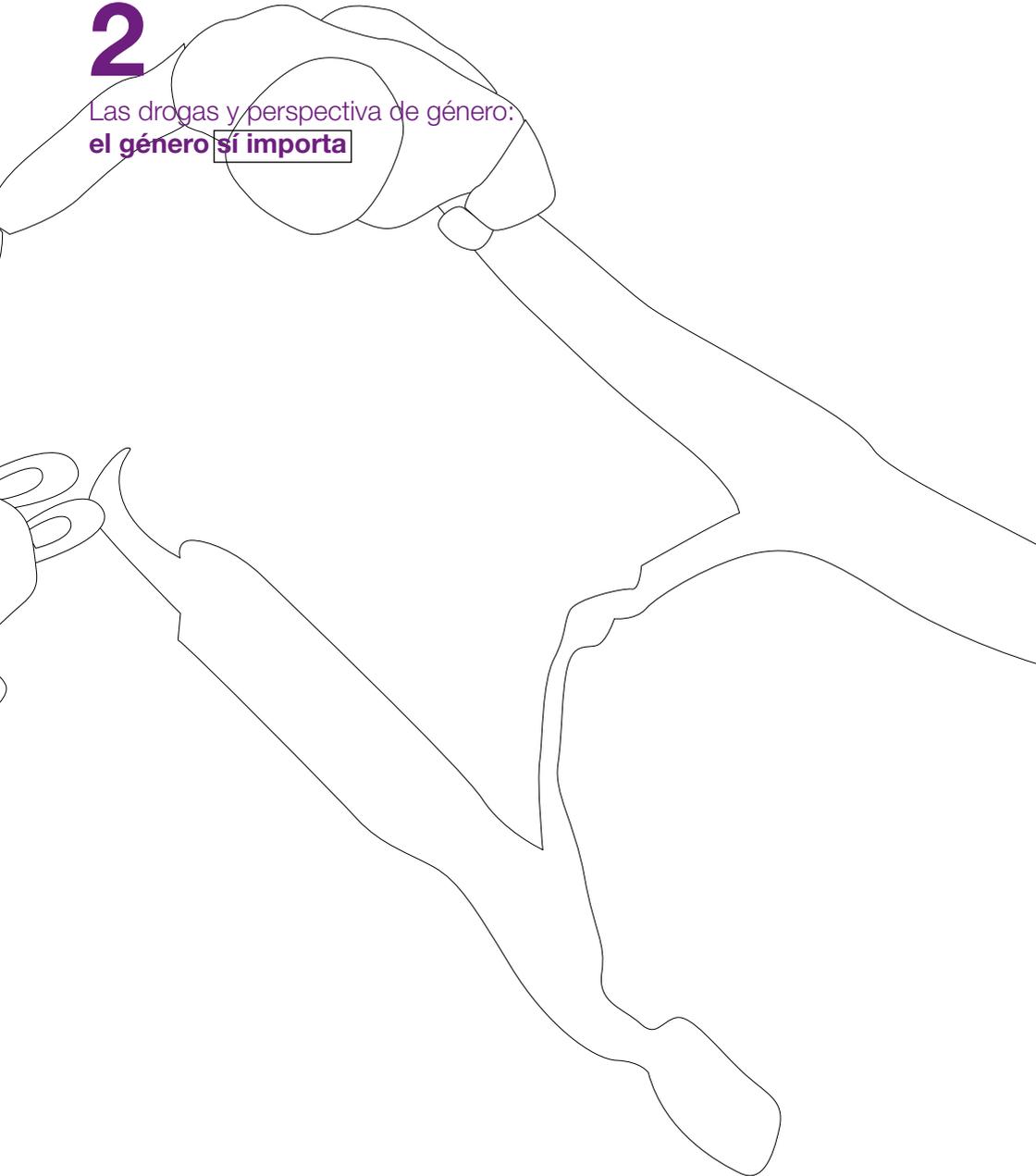
- Los factores asociados o motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.
- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres a los efectos de las drogas.
- Los efectos o consecuencias 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.

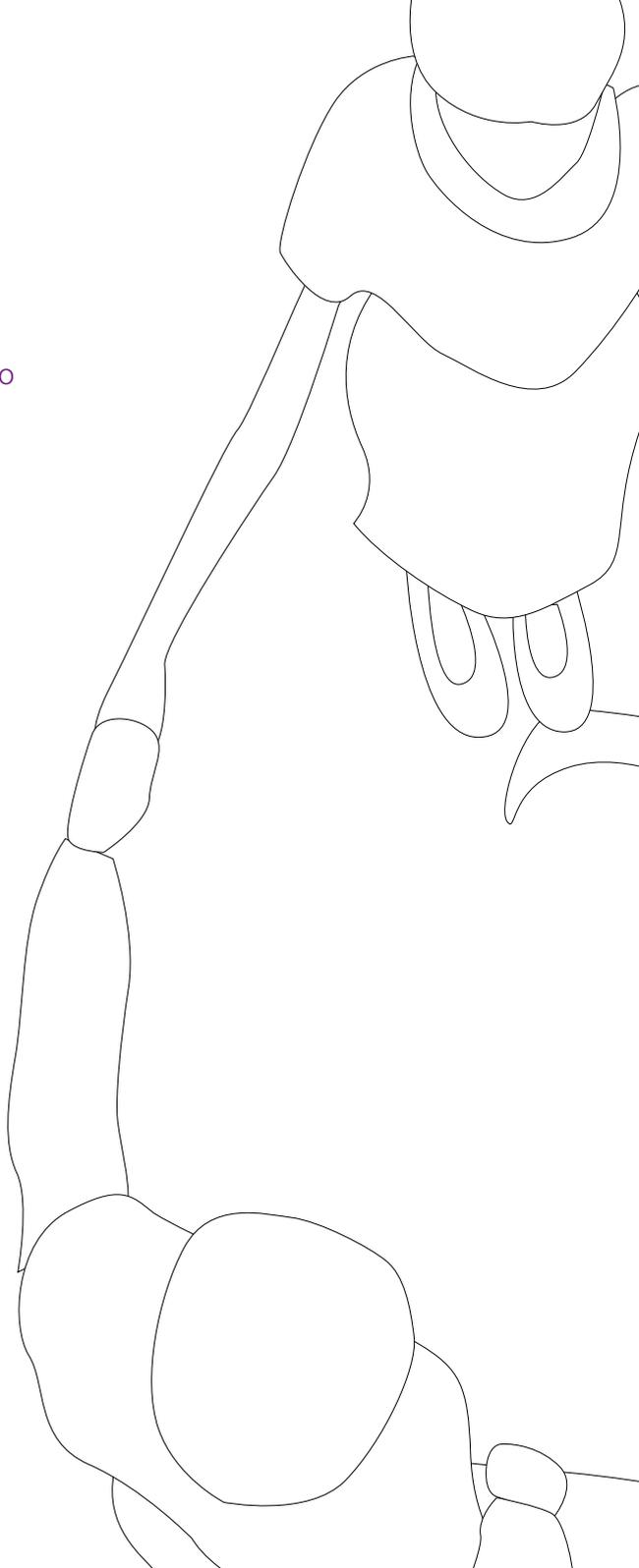
Bien es cierto que el significado y las percepciones de los consumos de drogas en función del género están muy condicionadas por el factor generacional. Si entre las personas adultas, en su mayoría educadas en un modelo tradicional de identidades y roles, el consumo de drogas por parte de las mujeres 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.

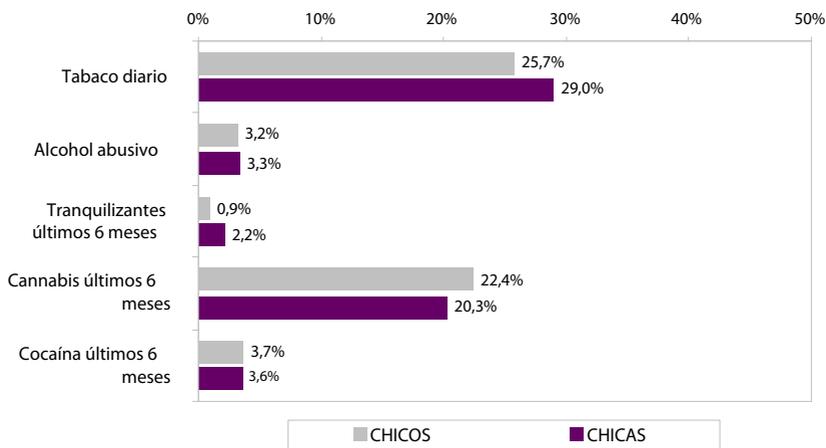
Consumo de drogas entre población de 12 y más años, según el género (%).
Galicia, 2006.

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%).

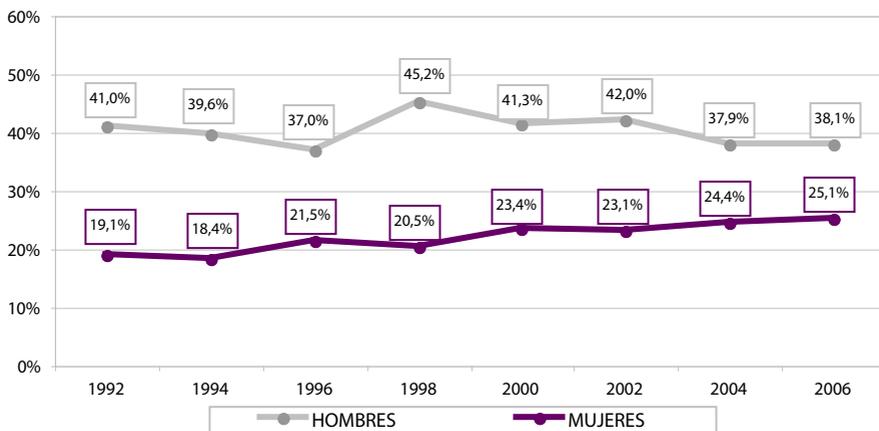
Fumadores diarios según el género y la edad (%). Galicia, 2006.

	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

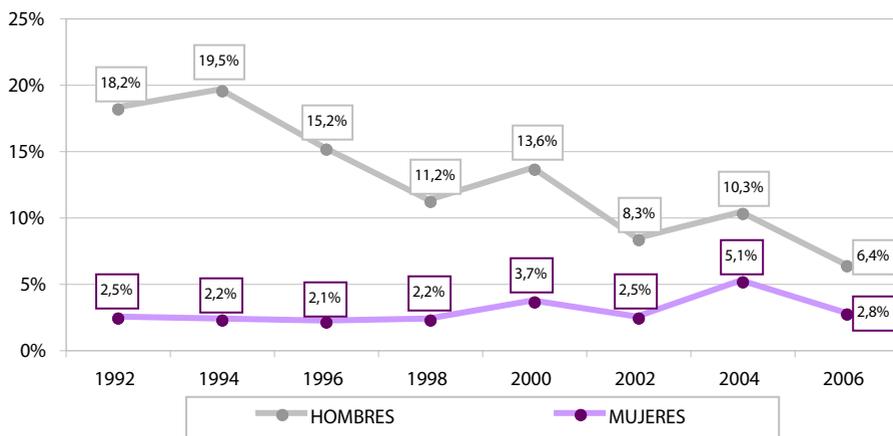
FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

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.

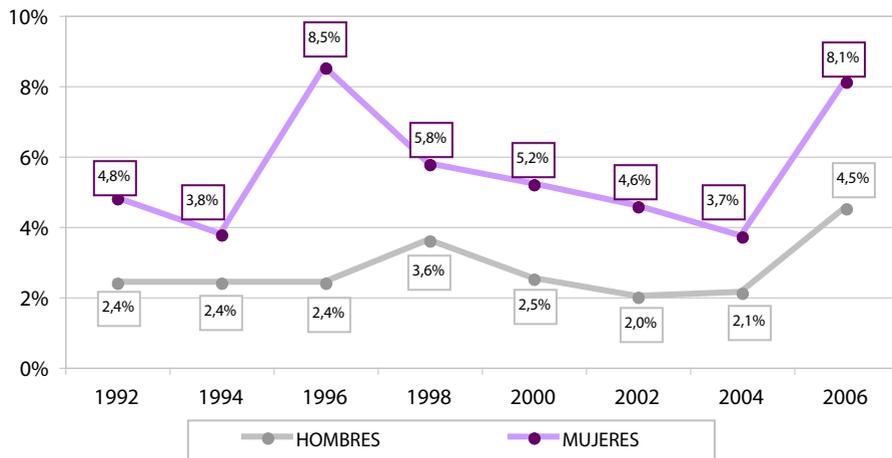
El mayor nivel de uso de tranquilizantes por parte de las mujeres se relaciona con el rol tradicional centrado en la reproducción y el cuidado del hogar (incluyendo el cuidado de los hijos y las personas dependientes), lo que favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, 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:

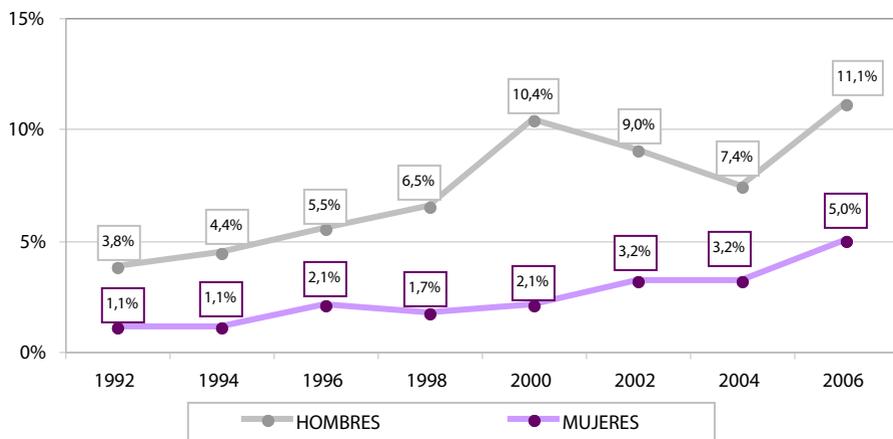
- ✿ El consumo de cocaína entre los adolescentes de 12 a 18 años en los últimos 6 meses alcanza el 3,7% entre los chicos y el 3,6% entre las chicas.
- ✿ Por su parte, el consumo de cannabis en este mismo período es del 22,4% entre los chicos y del 20,3% entre las chicas.
- ✿ A partir de los 40 años la 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.

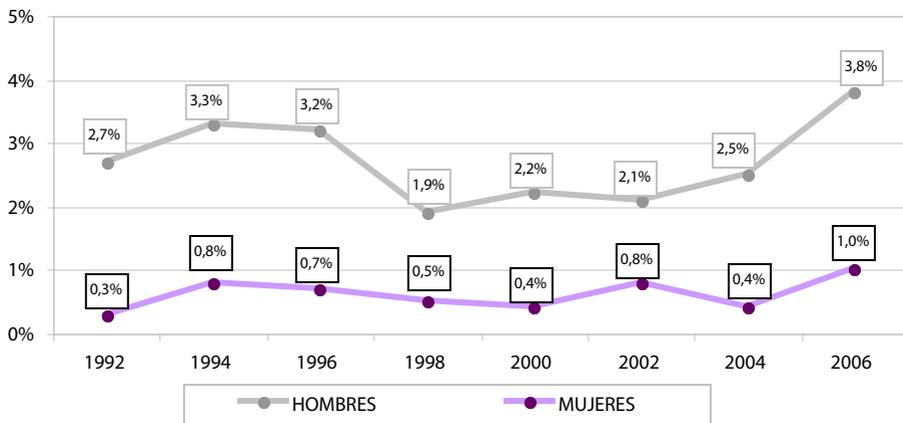
Galicia, 1992-2006.



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

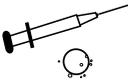




Impacto de las drogas en la **salud**

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

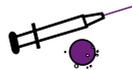
Los trastornos de ansiedad asociados al consumo de cannabis son más frecuentes entre las mujeres.



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

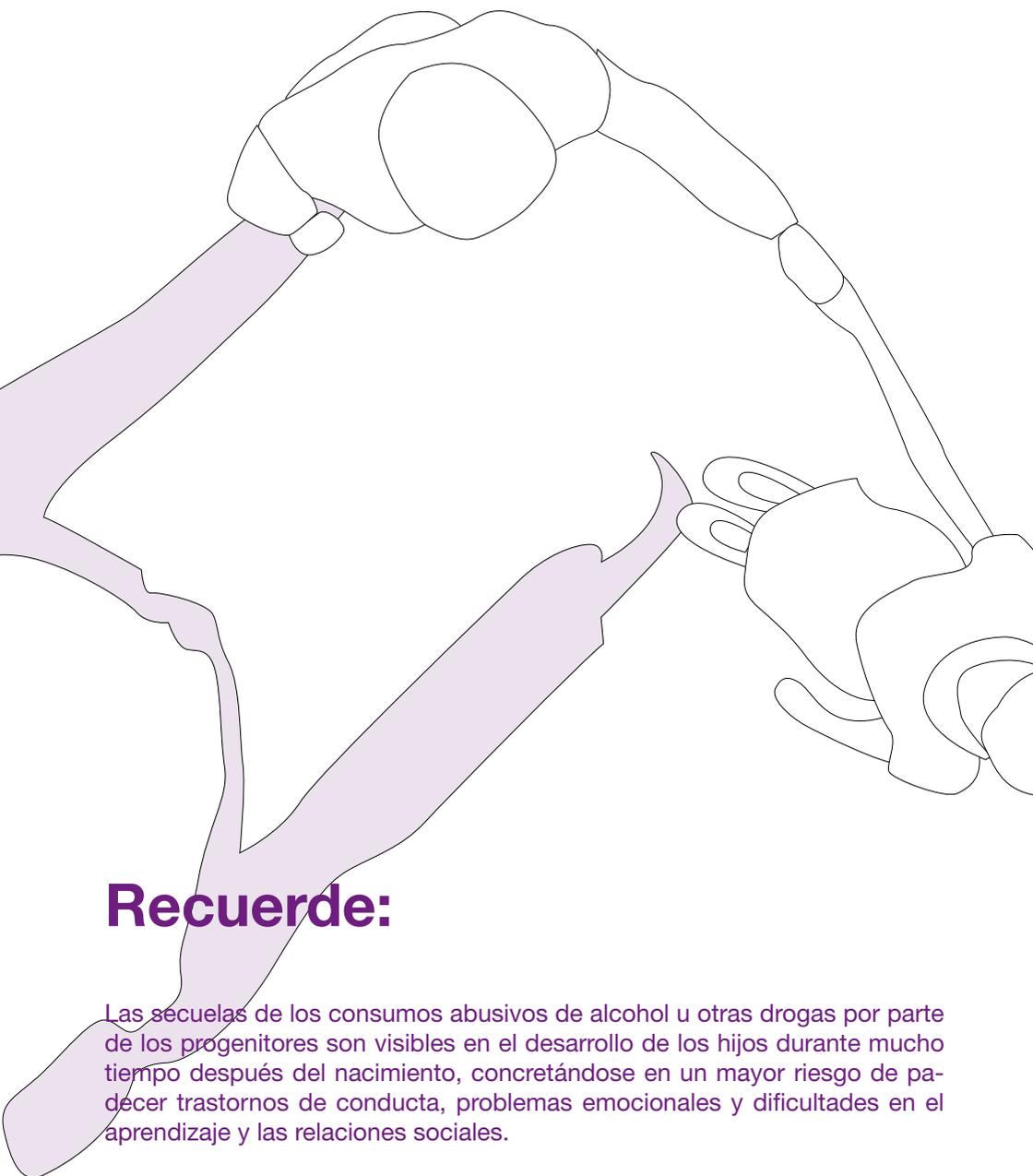
Los embarazos de mujeres consumidoras de opiáceos son considerados como de alto riesgo, siendo frecuentes:

- 🌀 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):

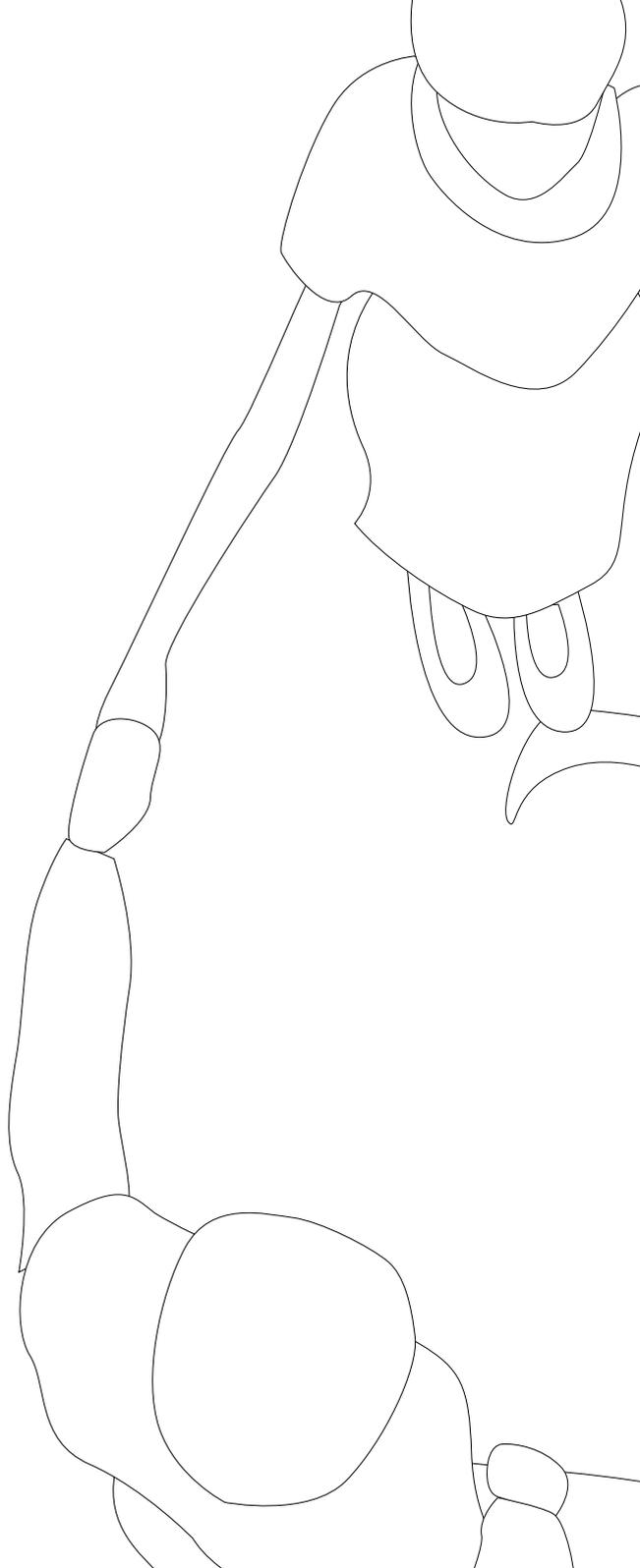
- Buscar alternativas a las dificultades de acceso a los recursos asistenciales.
- Tener en cuenta los miedos a la pérdida de custodia de los hijos.
- Abordar las consecuencias de la maternidad y la adicción: mayor estigmatización, sentimiento de culpa, negación de problemas por sentirse mala madre, 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**

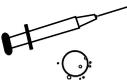




Impacto de los consumos de drogas en la **actividad sexual**

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 a cap and a jacket. 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.

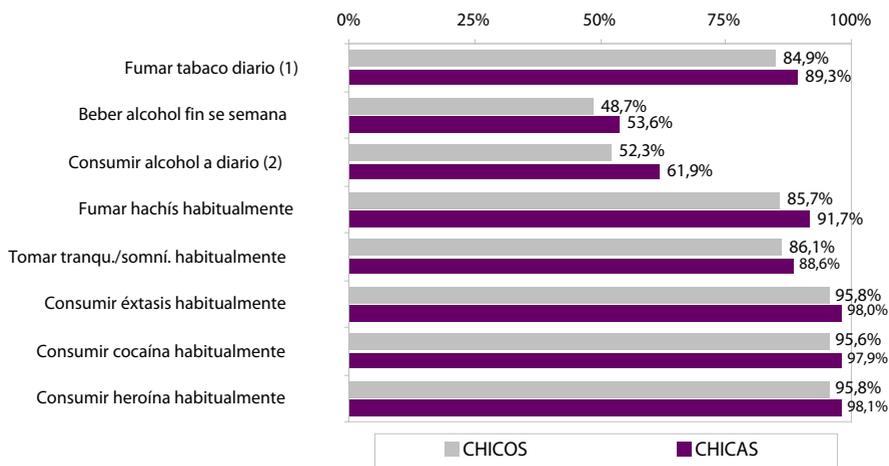
Pueden extraerse algunas conclusiones en relación con los factores asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres, como son:

- 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	
— Tránsgresión, 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, desenfadado
— 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.

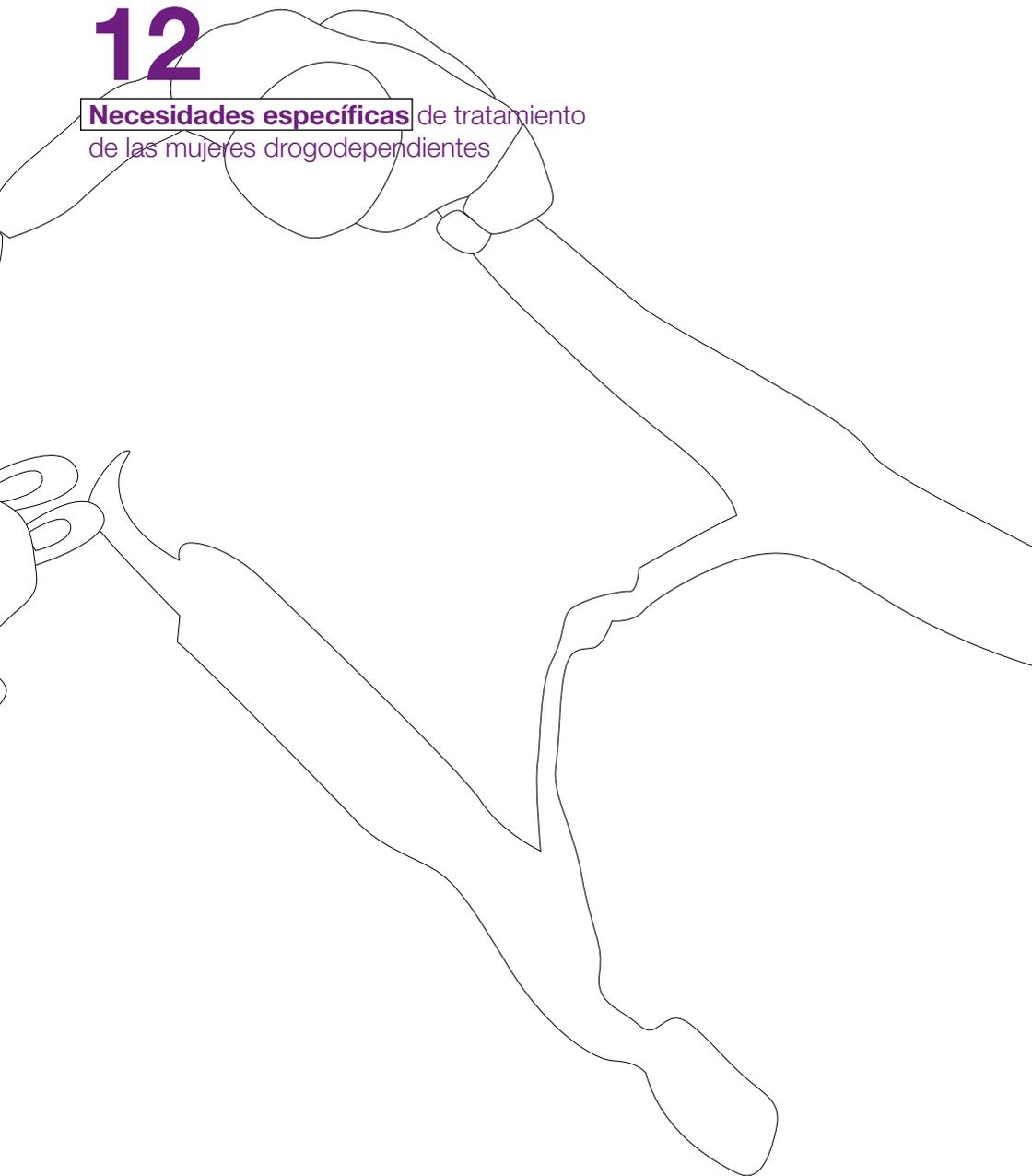
Entre las consecuencias de la violencia de género la OMS destaca:

- 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.).

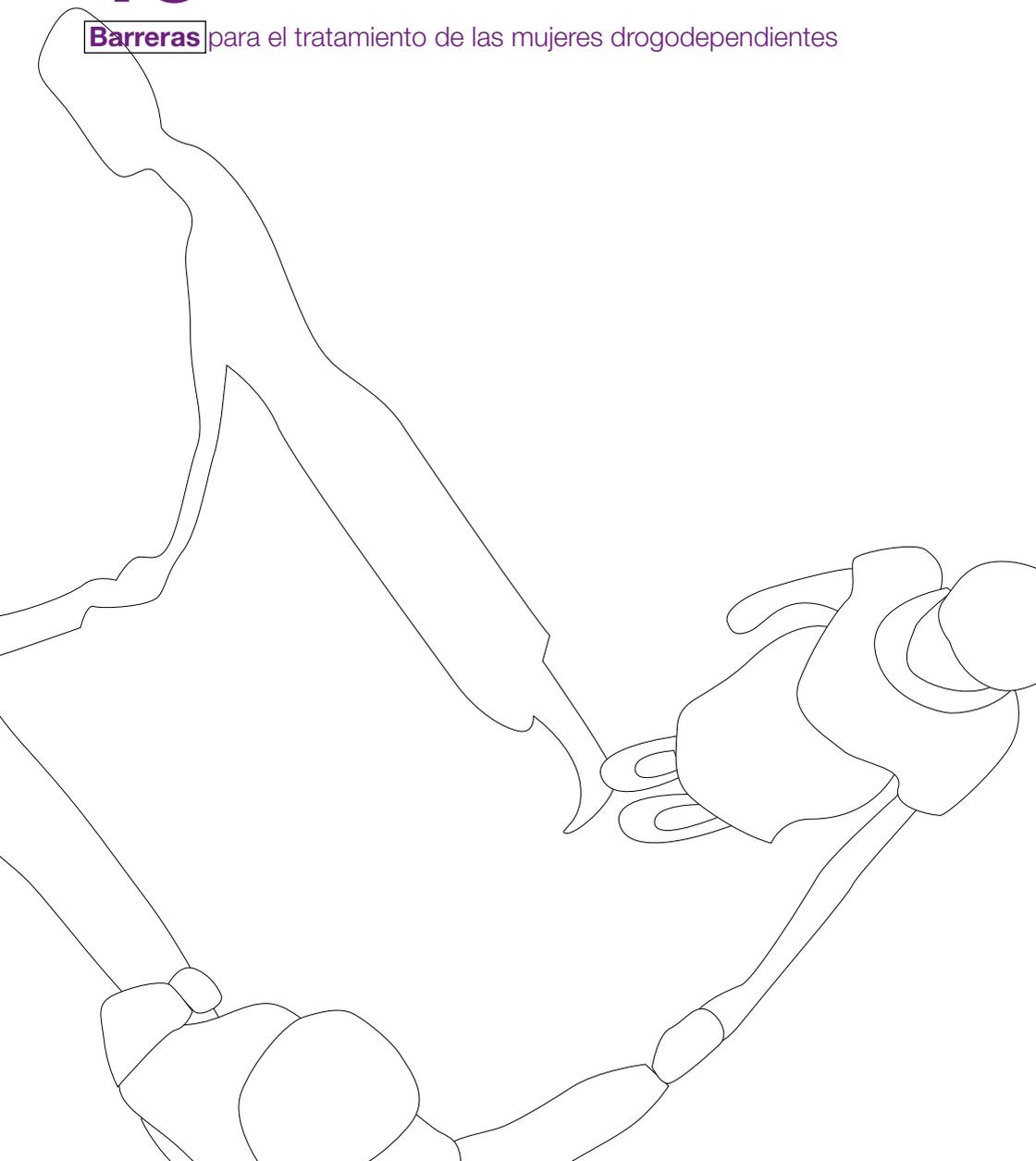
Las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a tratamiento por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol y de aislamiento y rechazo social.

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. Vitoria.
- 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

