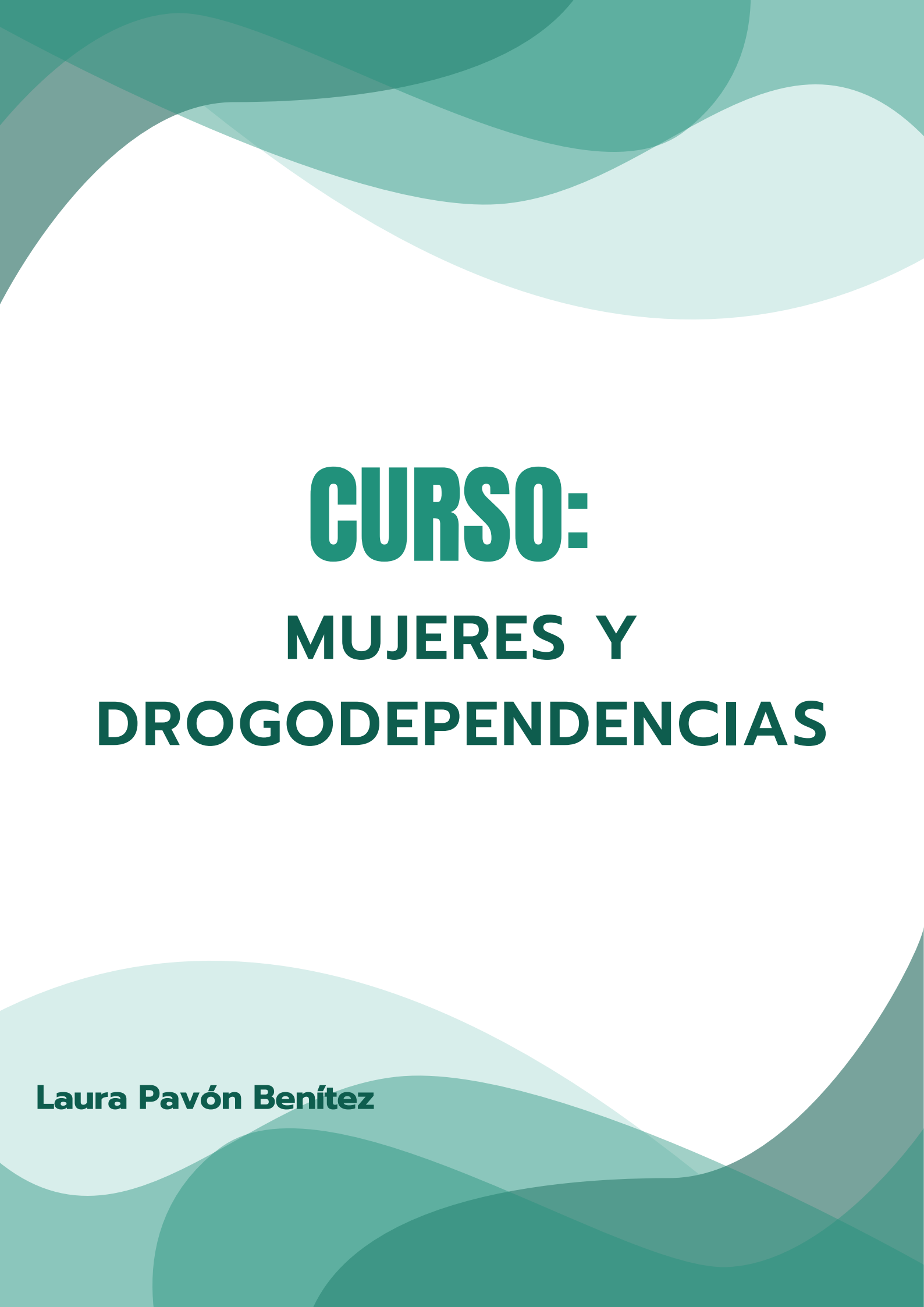




CURSO:

MUJERES Y

DROGODEPENDENCIAS

Laura Pavón Benítez

Copyright @: Laura Pavón Benítez (autora). 2019.

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares sin el consentimiento previo de la autora.

Doi: [10.5281/zenodo.14980138](https://doi.org/10.5281/zenodo.14980138)

ÍNDICE

Tema 1. Incorporación de perspectiva de género e interseccional al mundo de las drogodependencias

- 1.1. Género e interseccionalidad. Teoría feminista
- 1.2. Género y Salud
- 1.3. Género y Drogas

Tema 2. Consumos diferenciales de drogas

- 2.1. Epidemiología en España
- 2.2. Contexto sociocultural de consumo
- 2.3. Motivaciones y factores diferentes asociados a los consumos de drogas
- 2.4. Impacto diferencial
- 2.5. Estigmatización de mujeres con drogodependencias

ÍNDICE

Tema 3. Sobreprescripción de psicofármacos en mujeres

- 3.1. Uso de psicofármacos en mujeres
- 3.2. Causas de consumo de psicofármacos en mujeres
- 3.3. Prescripción diferencial de psicofármacos
- 3.4. Procesos de medicalización de las mujeres

Tema 4. Consumo de drogas y violencia de género

- 4.1. Violencia de género y drogas: una doble problemática que se retroalimenta.
- 4.2. Violencia sexual y de género en los contextos de ocio juveniles.

MUJERES Y DROGODEPENDENCIAS

Tema 1: Incorporación de la perspectiva de género e interseccional al mundo de las drogodependencias



1. Presentación del tema
2. Objetivos
- 3.1. Género e interseccionalidad y teoría feminista.
 - 3.1.1. Roles, estereotipos y mandatos de género. Socialización diferenciada
- 3.2. Género y Salud
 - 3.2.1. La salud entre hombres y mujeres es *diferente y desigual*.
- 3.3. Género y Drogas.
 - 3.3.1. Problemas en la investigación social sobre drogas
 - 3.3.2. Incorporación de la perspectiva de género en drogodependencias
4. Bibliografía

1. Presentación del tema

Este tema está compuesto de diferentes secciones donde trabajaremos aspectos esenciales para la comprensión y contextualización de la temática en que nos encontramos: «*Mujeres y drogodependencias*».

En primer lugar, abordaremos conceptos y categorías importantes de la teoría feminista que nos sirvan de punto de partida de cara a la adopción de un marco de referencia y una mirada crítica dentro de este campo: ¿qué es el género y la interseccionalidad?; ¿cómo afecta la construcción de género en nuestras identidades y subjetividades?; ¿ha habido una invisibilización de las mujeres y sus experiencias en el mundo de las drogodependencias?, ¿a qué se ha debido?

Del mismo modo, hablaremos sobre la necesidad de la incorporación de la perspectiva de género en Salud y en drogodependencias, del porqué y el para qué: ¿es la salud de hombres y mujeres igual?, y si no lo es, ¿qué aspectos son determinantes en la salud de las personas?, ¿de qué manera condiciona el género a la salud?; ¿qué son los sesgos de género?, ¿en qué medida ello ha afectado a la salud de las mujeres?

2. Objetivos

Los objetivos fundamentales que el alumnado podrá alcanzar una vez terminado el estudio de este tema son los siguientes:

1. Establecer un marco teórico-conceptual que nos acerque al tema del género y las drogodependencias, como problemática de Salud Pública.
2. Reconocer la importancia del género e interseccionalidad como categorías analíticas para detectar desigualdades en drogodependencias.

3. Contemplar la diversidad y desequilibrios de género en los ámbitos relacionados con el uso y abuso de drogas.

3. 1. Género, interseccionalidad y teoría feminista.

A lo largo de esta sección vamos a hablar de diferentes conceptos clave tomados de la teoría del género y feminista. Es importante entender bien cada una de las siguientes ideas, ya que, de esa forma, nos será más fácil la comprensión de los siguientes puntos.

Los **feminismos** son *teorías críticas* de la sociedad y *movimientos sociales*. Según Ana de Miguel (1995)¹ han existido siempre. En el sentido más amplio del término, siempre que las mujeres, individual o colectivamente, se han quejado de su injusto y amargo destino bajo el patriarcado y han reivindicado una situación diferente, una vida mejor. Los Feminismos han tenido y tienen como objetivo común desarticular, desmitificar y visibilizar las desigualdades que, por razón de género, mantienen a las mujeres en una posición subordinada, infrarrepresentada o ausente en los distintos ámbitos de nuestras sociedades. Siguiendo a Mari Luz Esteban (2001)², “*Hablar de género es hablar de feminismo y desde el feminismo*”; reconociendo un espacio de pensamiento, saber y acción específico y trabajando con un objetivo implícito o explícito de *transformación social*, de modificación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres.

1 De Miguel, A. (1995). “Feminismos” en C. Amorós (dir.) *Diez palabras clave de mujer*, Pamplona, Verbo Divino.

2 Esteban, Mari Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. San Sebastián: Tercera Prensa.

La clasificación y el surgimiento de las distintas visiones dentro del/los feminismos es un tema ampliamente estudiado por diferentes autoras. Si quieres profundizar en ello, te recomiendo dos interesantes artículos: “Feminismos” de Ana de Miguel (1995), que puedes encontrar en el siguiente enlace: <https://www.mujaresenred.net/anademiguel.html> y “Los feminismos en el siglo XXI. Pluralidad de pensamientos” de Prudencia Gutiérrez y María Rosa Luengo (2001), que puedes descargar aquí: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3933032>

El **género** es una noción fundamental dentro de la teoría feminista. Hace referencia a un complejo conjunto de creencias socioculturales relacionadas entre sí, que estipulan el significado de lo ‘masculino’ y lo ‘femenino’ de manera comparativa y opuesta; designando normas, valores, actitudes, conductas, formas de comportamiento, de expresarse, sentir, etc. para los dos sexos definidos: ‘hombre’ y ‘mujer’. Es entendida como una *construcción sociocultural* que tiene **carácter dinámico y procesual**, ya que no es innata, sino construida y, por lo tanto, es modificable; varía entre culturas y a través del tiempo.

El género es por un lado, un *principio de organización social*³ con un marcado **carácter jerárquico**, ya que establece un sistema de relaciones simbólicas, psíquicas y sociales que atribuye mayor valor a los rasgos y actividades definidas como masculinas y sitúa a las mujeres desfavorablemente. Por otro lado, se convierte en una *categoría de análisis científico* que estudia cómo se construyen y transforman históricamente las relaciones entre hombres y mujeres (**carácter relacional**), ayudando a detectar desigualdades en diferentes ámbitos y a visibilizar las relaciones de poder existentes; es, por tanto, una lente teórica, metodológica y analítica a través de la cual podemos examinar instituciones, culturas y prácticas.

3 Beltrán, Elena y Maquieira, Virginia (2005). *Feminismos. Debates Teóricos Contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.

Teresa Ortiz (2006)⁴ se refiere además, a tres componentes esenciales del concepto del género a tener en cuenta: a) *estructural*, como modo de organización y trabajo social; b) *simbólico*, creando atributos a dos formas ideales de ser humano y c) *individual*, afectando a cómo esas personas se identifican y reconocen así mismas y a sus cuerpos. El género, por tanto, **genera identidad y subjetividad** en las personas.

En este sentido, y cuando hablamos de identidad de género, no podemos dejar de nombrar a Judith Butler⁵, que con su teoría sobre la **performatividad** en los años 90, desafiaría la noción estática de las identidades para dotarlas de nomadismo; en permanente proceso de construcción. Según esta autora, “el género no es expresivo, sino performativo”; constituido a través de las acciones que llevamos a cabo como sujetos sexuados y cuando somos identificados como masculinos o femeninos.

Recurso complementario:

En el siguiente vídeo, la propia Judith Butler explica qué significa que el género es performativo: <https://www.youtube.com/watch?v=O61gWMsJEOE&pbjreload=10>

También, debemos tener en cuenta otra noción importante dentro de la teoría feminista, como es la **interseccionalidad**. Ésta aporta un marco complementario al género, que unido a otras categorías analíticas que estructuran la sociedad como la clase, la etnicidad, la orientación sexual, la edad, la religión, etc. contribuyen a generar experiencias de opresión, desigualdad o privilegio⁶ en las personas. Por ejemplo, una mujer negra homosexual de clase media vivirá como mujer, como persona no blanca, como persona homosexual y como persona de clase media sin obviar que, al mismo tiempo, es víctima de opresión debido a la *interacción* de esas identidades. El término de interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en 1989, estableciendo que todas estas categorías generadoras

4 Ortiz, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo, KRK

5 Butler, Judith (1990). *Gender trouble and the subversion of Identity*. London: Routledge.

6 Mahalingam, Ramaswami; Balan, Sundari & Haritatos, Jana (2008). Engendering immigrant psychology: An intersectionality perspective. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59(5-6), 326-336.

de desigualdad están construidas socialmente e interactúan simultáneamente, formando patrones entrelazados interdependientes⁷.

¿Sabías qué...?

Uno de los hechos que llevó a Kimberlé Crenshaw a comenzar a teorizar sobre Interseccionalidad fue el que involucró a un grupo de mujeres negras que se querellaron contra la General Motors en 1976. Esta corporación había estado contratando a mujeres blancas para ocupar cargos administrativos, mientras que los hombres negros contratados iban dirigidos hacia el sector industrial, dejando fuera de todo lugar a las mujeres negras. Tomando como base la cláusula VII de la ley de Derechos Civiles de 1964, las trabajadoras alegaron que estaban siendo discriminadas por razones de género o etnia. No obstante, perdieron el caso. El Tribunal de Distrito falló que, como la General Motors ya contrataba a mujeres (blancas), la compañía no discriminaba por razones de género, y como la misma compañía ya contrataba a negros (hombres), tampoco lo hacía por razones de etnia.

Si estás interesada/o en conocer más acerca del caso y sobre la interseccionalidad, puedes ver el siguiente vídeo de la propia profesora y teórica Kimberlé Crenshaw en una de las charlas TED (Puedes seleccionar los subtítulos en español). https://www.ted.com/talkskimberle_crenshaw_the_urgency_of_intersectionality/transcript?language=en

Recuerda que...

- Hablar de género es hablar de feminismo, desde el feminismo; como teorías críticas y movimientos sociales encaminados a la transformación social.
- La interseccionalidad supone que el género, unido a otras categorías analíticas como la clase, la etnicidad, la orientación sexual, la edad o la religión contribuyen a generar experiencias de opresión, desigualdad o privilegio.

⁷ Crenshaw, Kimberlé (2011). Postscript en H. Lutz, M. T. Herrera y L. Supik (coord.) *Framing Intersectionality: Debates on a Multi-Faceted Concept in Gender Studies*. Farnham: Ashgate.

El género...

- ✓ Es una construcción sociocultural
- ✓ Es un principio de organización social y una categoría de análisis científico.
- ✓ Tiene carácter dinámico, procesual, relacional y jerárquico. Es modificable; varía entre culturas y a través del tiempo. Desvela desigualdades y relaciones de poder.
- ✓ Tiene tres componentes esenciales: estructural, simbólico e individual.
- ✓ Genera identidad y subjetividad.

3.1.1. Roles, estereotipos y mandatos de género. Socialización diferenciada

Existen una serie de roles que socialmente se asignan a hombres y mujeres de manera diferenciada, que designan los papeles y expectativas diferentes que en cada cultura se generan para cada grupo: ***los roles de género***.

Del mismo modo, existen unas imágenes e ideas prefijadas, simplificadas y fuertemente asumidas que uniformizan a las personas y atribuyen características, actitudes o comportamientos esperados según las categorías construidas de ‘masculino’ o ‘femenino’: ***los estereotipos de género***.

Los roles asignados y las representaciones de la feminidad y la masculinidad definidas para cada sexo son construidos socioculturalmente y se imponen a las personas como modelos ideales que varían dependiendo de la sociedad y el momento histórico. Estos modelos van a orientar el comportamiento, la auto-percepción, la auto-estima, las metas y aspiraciones de hombres y mujeres; así como orientan y regulan todos los ámbitos:

- ***En lo referido a la contribución social.*** Al rol femenino se le ha adjudicado primordialmente el espacio doméstico y de lo reproductivo. El rol masculino comprende el espacio público, lo considerado como productivo: en las esferas laboral, científica, económica, política; en definitiva, en el ejercicio de poder social.

- **En las tareas y actividades consideradas propias de mujeres u hombres.** Todas las que implican la organización y sustento económico han sido tradicionalmente adjudicadas a los hombres, y aquellas relacionadas con la crianza, cuidado y sostén afectivo de las personas y las responsabilidades del espacio doméstico, lo han sido a las mujeres.
- **En las diferentes capacidades y actitudes asociadas, que crean dos universos contrapuestos.** Los hombres como poseedores de lo intelectual, rasgos individualistas, agresivos, de fuerza, capacidad de mando, de riesgo, competitividad, racionalidad... y las mujeres como poseedoras de la sensibilidad, comprensión emocional, capacidad de sacrificio, instinto maternal, de los cuidados, inestabilidad, dependencia, debilidad, prudencia...
- **En el prestigio en el esquema social.** Lo masculino, al ser el modelo positivo de referencia, presenta una situación de dominación que se refleja en el ejercicio del poder en el conocimiento, los valores y formas de nombrar y crear la realidad: en lo político, en la economía, la religión, la organización familiar.

Tanto los roles como los estereotipos de género son interiorizados a través de un proceso denominado como **socialización diferencial de género**. A lo largo del mismo, aprendemos y ponemos en práctica una serie de comportamientos aceptados como femeninos y/o masculinos. Estas pautas son transmitidas y reproducidas a través de distintos **agentes socializadores de género**, ejerciendo una influencia más o menos directa, explícita o indirecta. Fundamentalmente, son la familia (el modelo familiar y las relaciones entre sus componentes), la escuela, los medios de comunicación, la religión, la publicidad y el uso del lenguaje.

Las cualidades valoradas específicamente para uno y otro sexo, implican un mantenimiento del status-quo, una invariabilidad en los roles, designando tanto a mujeres como a hombres una *forma correcta de ser y estar en el mundo*: ‘madres-esposas dependientes y cuidadoras’ (o actualmente: también trabajadoras, independientes, pero sin faltar al cuidado de la familia...), frente a ‘hombre independiente y autónomo, que debe mantener económicamente el hogar’.

La división de género imperante en cada sociedad y cultura, por tanto, determina un conjunto de pautas de comportamiento aceptadas, obligadas, permitidas o prohibidas, a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. Ello responde a lo que se conoce con el nombre de **mandatos de género**. Se trata de dos *modelos de socialización dicotómicos y naturalizados* en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos y ello se convierte en una especie de exigencia tanto social como individual (genera identidad). Toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones.

En resumen...

- A lo largo del **proceso de socialización diferencial de género** aprendemos y ponemos en práctica una serie de comportamientos, actitudes, papeles sociales o actividades aceptadas como femeninas y/o masculinas: roles y estereotipos de género. Éstos son transmitidos y reproducidos a través de distintos **agentes socializadores de género** designando tanto a mujeres como a hombres una forma correcta de ser y estar en el mundo.
- Estas pautas aceptadas, obligadas, permitidas o prohibidas a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos responden a lo que se conoce por **mandatos de género**. Toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones.

3. 2 Género, y salud.

El género tiene una influencia directa en la salud de las personas. En casi todas las sociedades, las mujeres viven más; tienen una mayor esperanza de vida que los hombres en similares condiciones socioeconómicas, pero su estado de salud

es peor. Es lo que se conoce como “*la paradoja de género*”⁸. La vida de las mujeres es menos saludable y ello tiene mucho que ver con las desigualdades de género relacionadas con su posición social y peores condicionantes vitales, que causan un mayor deterioro de su salud física y mental; padeciendo mayor malestar y enfermedad. La falta de tiempo libre, los empleos repetitivos y de escaso reconocimiento social, junto a situaciones de dependencia económica van mermando la salud de las mujeres, sobre todo aquellas de las clases sociales más bajas.

Las asimetrías asociadas a la *sobrecarga de trabajo y el conflicto de roles* al que se ven sometidas muchas mujeres, que siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado del hogar, mientras que luchan por participar en el mercado laboral y en la vida social, condicionan de manera negativa su salud. Del mismo modo, existe un *desequilibrio en los cuidados* que conduce a un mayor impacto en la salud de las mujeres. Dedicán más horas a cuidar y tienen un menor acceso y control de recursos materiales y simbólicos. Para ellas, la obligación social en el cuidado de la salud y el bienestar de la familia (mandatos de género) es mayor.

Recurso complementario

Con respecto a los desequilibrios en los cuidados y su impacto en la salud de las mujeres, te recomiendo el artículo de María del Mar García Calvente, Inmaculada Mateo y Gracia Maroto: «El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres». Puedes descargarlo aquí: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011

El género por tanto, condiciona muchas de las conductas relacionadas con la salud. Del mismo modo, el modelo tradicional de masculinidad implica asumir riesgos para la salud y una resistencia a admitir debilidades por parte de los hombres, lo que suele asociarse con una escasa atención a los mensajes de

8 Sen Gitta, Östlin Pirooska (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. En: Sen Gitta, George Asha, Östlin Pirooska (eds.). *Engendering international health - the challenge of equity*. Cambridge: The MIT Press.

promoción de la salud y a un menor uso de los servicios sanitarios cuando éstos son necesarios.

Adoptar una perspectiva de género, interseccional y feminista en Salud ayuda a:

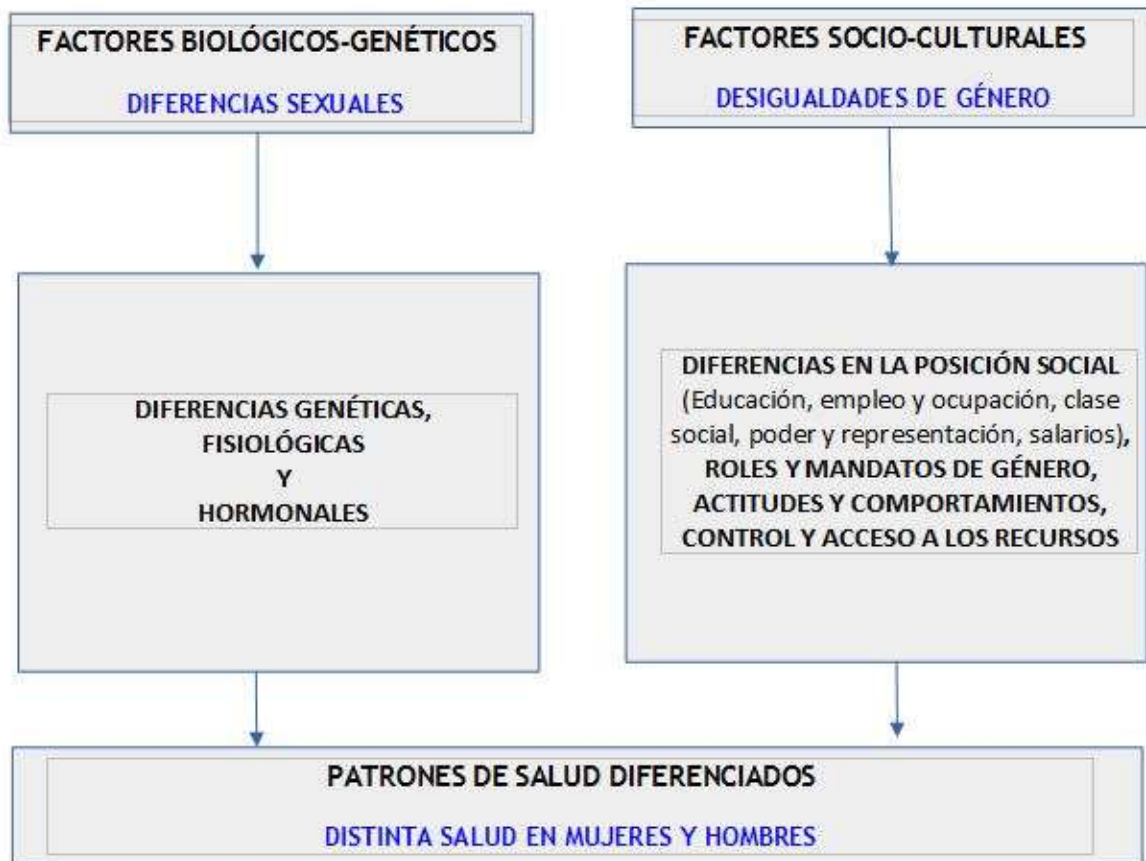
- a) Visibilizar enfermedades ignoradas en las mujeres; prestando atención a la morbilidad diferencial (diferencias en el modo de enfermar y en el tipo de enfermedades en mujeres y hombres) e identificando necesidades específicas para los problemas específicos que afectan a la salud de las mujeres.
- b) Aportar una nueva visión a los problemas de Salud Pública en los que las mujeres han sido ignoradas o infrarrepresentadas.
- c) Destapar las desigualdades y sesgos de género que afectan a la salud de las mujeres como los desequilibrios en los cuidados y la sobrecarga laboral; o los procesos de medicalización diferencial; visibilizando sus malestares.
- d) Contemplar de una manera articulada las dimensiones biológicas y socioculturales en la concepción de los procesos de salud, enfermedad y atención, para entender los padecimientos de una manera diversa, y rica en matices, teniendo en cuenta factores condicionantes como: la clase, la etnia, la edad, etc.
- e) Tomar medidas para la equidad de género en Salud.

Las razones de incorporar este enfoque en salud están ligadas a conseguir:

- ➔ Una mejora en la salud de mujeres y hombres.
- ➔ Una mejor ciencia de mayor validez y rigor científico.
- ➔ Un avance en la justicia social, en el acceso a recursos y oportunidades/beneficios equivalentes.

3.2.1. La salud entre hombres y mujeres es *diferente y desigual*.

Es *diferente*, en tanto que existen factores genéticos, hereditarios, y fisiológicos que se manifiestan de forma diferente en Salud y en los riesgos de enfermedad en las personas; y *desigual*, existiendo otros factores que en parte son explicados por el género, que influyen de manera injusta en la salud de las mismas⁹.



Es en la interacción de la diferencia biológica con los factores determinantes socioculturales donde se definen las *diferentes necesidades y experiencias en la salud de hombres y mujeres*. La equidad de género en este sentido se vuelve imprescindible, con objeto de que seamos tratadas por igual cuando tengamos las mismas necesidades y cualitativamente diferente, en caso de que no lo sean, por una cuestión de justicia social. En caso contrario, cuando existe una diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo

9 Rohlfs, I.; Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (3), 60-71.

tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de las mismas, da lugar a lo que se conoce bajo el nombre de **sesgos de género**¹⁰. Y se pueden producir de dos formas diferentes:

1. Cuando se igualan erróneamente a mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad (signos y síntomas) y de su pronóstico, cuando de hecho, no se comportan de la misma forma.
2. Cuando se valoran erróneamente como diferentes mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad, cuando de hecho no son tan diferentes.

Recuerda que...

- El género tiene una influencia directa en las personas, condicionando muchas de las conductas relacionadas con su salud.
- Aunque las mujeres viven más, tienen un peor estado de salud. Las desigualdades de género relacionadas con los mandatos de género: el cuidado y trabajo doméstico por ejemplo, tienen un impacto negativo en su salud. Viven con mayor malestar y enfermedad.
- La perspectiva de género e interseccional en Salud ayuda a visibilizar enfermedades ignoradas en las mujeres; destapar sesgos y desequilibrios que tienen impacto en la salud de las mismas; atender a otros condicionantes de vida como la clase social, etnia, religión, etc. que pueden generar desigualdades en la salud de las personas.
- La salud de mujeres y hombres es *diferente* y *desigual*. La equidad de género en salud supone que seamos tratadas por igual cuando tengamos las mismas necesidades y cualitativamente diferente, en caso de que no lo sean, por una cuestión de justicia social.

• 10 Ruiz Cantero, María Teresa (2009). *Sesgos de género en atención sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, D.L.

3. 3. Género y drogas

La perspectiva de género como herramienta teórica y metodológica es clave para visibilizar desigualdades, entendida desde una perspectiva grupal, no como algo estático, sino en construcción y reproducción a través de las interacciones cotidianas en la vida social (West & Zimmerman, 2009)¹¹.

Las mujeres y sus experiencias con las drogas han permanecido invisibles en la investigación social, intervención y prevención de las drogodependencias, centrándose con frecuencia en las conductas masculinas y en los riesgos asociados a la ilegalidad. Ello tiene que ver con los *mandatos de género* relacionados con las conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, más asociadas a la “*masculinidad hegemónica*”¹² y el hecho de que la drogodependencia haya sido considerada como un problema eminentemente masculino; es decir, con la *visión androcéntrica* que imprime las lógicas de los recursos y servicios; asumiendo que la persona a quien va dirigida responde a una serie de características propias de un varón, en todo caso nunca propias, parecidas o coincidentes con las de una mujer. De ahí, la necesidad de seguir analizando qué ocurre con las mujeres en este ámbito.

El género condiciona de manera importante la salud de las personas y su relación con las drogas. La adopción de la perspectiva androcéntrica como predominante ha tenido como consecuencia que las diferencias de género en los consumos y las desigualdades que se ocultan tras las mismas, se hayan obviado y con ello, las necesidades y especificidades de las mujeres en el diseño y puesta en práctica de servicios adecuados y adaptados a sus realidades.

11 West, Candace & Zimmerman, Don. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender & Society*, 23 (1), 111-122

12 Connell, Raewyn (1987). *Gender and power. Society, the person and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.

3.3.1. Problemas en la investigación social sobre drogas

Algunas barreras que nos encontramos en la investigación social sobre drogodependencias que debemos tener en cuenta son las siguientes:

- Los comportamientos relacionados con las drogas continúan interpretándose en muchas ocasiones **en clave masculina**, asumiendo que las mujeres presentan un patrón de conducta igual al de los hombres y que carecen de elementos singulares. De este modo, se ofrecen las mismas interpretaciones y respuestas, a pesar de que los factores que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo o a abusar de drogas no siempre son coincidentes, como tampoco lo son sus patrones de consumo, las consecuencias, los problemas que provocan o las necesidades que presentan.
- Hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre las características de los consumos de drogas y de las drogodependencias han centrado su atención en la incidencia en hombres y mujeres, basándose en **diferencias sexuales-biológicas** para explicar las discrepancias percibidas y muchos/as profesionales creerían con ello estar practicando un “análisis de género”.
- Los propios análisis e interpretaciones que se realizan a la hora de examinar el consumo de las mujeres resultan muchas veces parte del problema, ya que **aparecen definidas recurrentemente como más patológicas** que los varones, asociadas al ejercicio de la prostitución, y al abandono de sus responsabilidades como “madre”. Los *modelos de roles y estereotipos de género* pues, siguen permeando y distorsionando el conocimiento y el análisis de la realidad de los consumos de drogas y las drogodependencias.
- Se suele afirmar que el número de hombres drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los **consumos problemáticos** por parte de la población femenina permanecen **invisibilizados** (alcohol en soledad, psicofármacos).

Las diferencias de género en el uso de sustancias psicoactivas por lo tanto, siguen siendo un **tema periférico**. El androcentrismo en la ciencia y la invisibilización o infrarrepresentación de las mujeres y sus circunstancias ha

desencadenado que exista visión incompleta conocimiento. Es por ello, que la aplicación de la perspectiva de género en este campo se vuelve imprescindible.

3.3.2. Incorporación de la perspectiva de género en drogodependencias

¿Qué significa la adopción de este enfoque en drogodependencias?, ¿qué podemos hacer para representar de una manera justa y fiel las realidades de hombres y mujeres en este ámbito?

Cuestiones fundamentales serían:

- Identificar qué representaciones socioculturales están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en los consumos específicos por roles de género.
- Visibilizar las diferencias (o semejanzas) entre mujeres y hombres en los procesos de drogodependencia y comprender cómo son socialmente construidas.
- Revelar cómo las diferencias generan o enmascaran relaciones de desigualdad de género y problemáticas concretas, para incorporarlas en nuestro análisis e interpretación de la realidad y actuar conscientemente sobre ellas.
- Atender y estudiar la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias psicoactivas¹³.

Recuerda que...

- Las mujeres y sus experiencias con las drogas han permanecido invisibles en la investigación social, intervención y prevención de las drogodependencias, debido a que ha sido considerado tradicionalmente como un problema eminentemente masculino, más relacionado con la masculinidad hegemónica y con la visión androcéntrica del conocimiento.

13 Romo-Avilés, Nuria (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de la mujeres. En *Monografía Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, Barcelona, 5, 69-83.

- Algunas barreras en la investigación social sobre drogodependencias son las siguientes: interpretaciones que atienden únicamente a las diferencias sexuales-biológicas entre las personas drogodependientes; las mujeres consumidoras aparecen definidas recurrentemente como más patológicas; los consumos problemáticos de las mujeres con las drogas permanecen invisibilizados.
- Aplicar perspectiva de género en drogodependencias supone: identificar qué representaciones socioculturales influyen en las conductas de las personas y cómo influye el hecho de ser hombre o mujer en los procesos de consumos de sustancias; así como estudiar la situación de las mujeres desde sus propios contextos de consumo, identificando posibles desigualdades

4. Bibliografía

Beltrán, Elena y Maquieira, Virginia (2005). *Feminismos. Debates Teóricos Contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.

Benoit, Cecilia and Leah. Shumka (2009). *Gendering the Health Determinants Framework: Why Girls' and Women's Health Matters*. Vancouver: Women's Health Research Network.

Bowleg Lisa (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267-1273.

Butler, Judith (1990). *Gender trouble and the subversion of Identity*. London: Routledge.

Connell, Raewyn (1987). *Gender and power. Society, the person and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.

Connel, Raewyn (2012). Gender, health and theory. Conceptualizing the issue in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74, 1675-1683.

- Creenshaw, Kimberlé (2011). Postscript en H. Lutz, M. T. Herrera y L. Supik (coord.) *Framing Intersectionality: Debates on a Multi-Faceted Concept in Gender Studies*. Farnham: Ashgate.
- De Miguel, Ana de Miguel (1995). "Feminismos" en C. Amorós (dir.) *Diez palabras clave de mujer*, Pamplona, Verbo Divino. Copia en PDF y accesible en <http://www.mujiereisenred.net/anademiguel.html>
- Esteban, Mari Luz(2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. San Sebastián: Tercera Prensa.
- Esteban, Mari luz (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- García Calvente, María del Mar; Mateo Rodríguez, Inmaculada; Maroto Navarro, Gracia (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*,18, 83-92.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*.Madrid, Ediciones Morata.
- Mahalingam, Ramaswami; Balan, Sundari & Haritatos, Jana (2008). Engendering immigrant psychology: An intersectionality perspective. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59(5-6), 326-336.
- Ortiz, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo, KRK.
- Rohlf, I.; Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (3), 60-71.
- Romo-Avilés, Nuria (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de la mujeres. En *Monografía Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, Barcelona, 5, 69-83.
- Ruiz-Cantero, María Teresa (2009). *Sesgos de género en atención sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, D.L.

Sen Gitta, Östlin Piroška (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. En: Sen Gitta, George Asha, Östlin Piroška (eds.). Engendering international health - the challenge of equity. Cambridge: The MIT Press.

West, Candace & Zimmerman, Don. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender & Society*, 23 (1), 111-122.

MUJERES Y DROGODEPENDENCIAS

Tema 2: Consumos diferenciales de drogas



1. Presentación del tema
2. Objetivos
- 3.1. Epidemiología en España
- 3.2. Contexto sociocultural de consumo
- 3.3. Motivaciones y factores diferentes asociados a los consumos de drogas
- 3.4. Impacto diferencial
- 3.5. Estigmatización de mujeres con drogodependencias
4. Bibliografía

1. Presentación del tema

A lo largo del siguiente tema conoceremos las prevalencias de consumo de drogas en España y las diferencias de género clave dentro de esos usos: ¿elegimos las mismas sustancias psicoactivas?, ¿tienen el mismo impacto el consumo de drogas en hombres que en mujeres?, ¿influye el género en las motivaciones y factores relacionados las drogas?, ¿qué papel cumple el contexto sociocultural en las drogodependencias?

En las siguientes páginas nos detendremos pues, en la manera en la que las categorías “masculinidad y feminidad” afectan al fenómeno de las drogadicciones; en el modo en que están vinculadas a una serie de valores, modelos, comportamientos y al estatus que ocupan dentro de una sociedad concreta en un tiempo determinado.

Veremos cómo todas estas secciones tienen de hecho, mucho que ver con las dinámicas que vimos en el tema 1.

2. Objetivos

Los objetivos fundamentales que el alumnado podrá alcanzar una vez terminado el estudio de este tema son los siguientes:

1. Conocer cuáles son las drogas que usan mayoritariamente hombres y mujeres a través del análisis e interpretación de los datos epidemiológicos en España y los factores asociados a los mismos en clave de género.
2. Comprender de qué manera influye la construcción de género en el mundo de las drogodependencias: en la sustancia que se elige, en los patrones de uso/abuso de drogas y en las consecuencias para la salud y vida social de quienes las consumen.

3.1. Epidemiología en España

Para analizar los patrones de uso/abuso de drogas en España, nos vamos a basar en los datos más recientes disponibles de dos encuestas nacionales de referencia:

1. La Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (**EDADES**) dirigida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), que se realiza cada dos años y permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal entre la población de 15 a 64 años.
2. La Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (**ESTUDES**) dirigida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), que se realiza cada dos años y está dirigida al alumnado de 14 a 18 años; para conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas y otras adicciones en España.

Siguiendo la encuesta EDADES (2017-18), las drogas legales más consumidas en España entre la población de 15 a 64 años en el último año son el alcohol (75,2%), siendo la sustancia psicoactiva más extendida dentro de este tramo temporal; el tabaco (40,9%) y los hipnosedantes (11,1%), ya sea con o sin receta. De las drogas ilegales, el mayor consumo lo encontramos en el cannabis (11%) y le sigue la cocaína (2,2%). El resto tiene un consumo muy residual, por debajo del 1%, como el éxtasis (0,6%) o las anfetaminas/speed (0,5%).

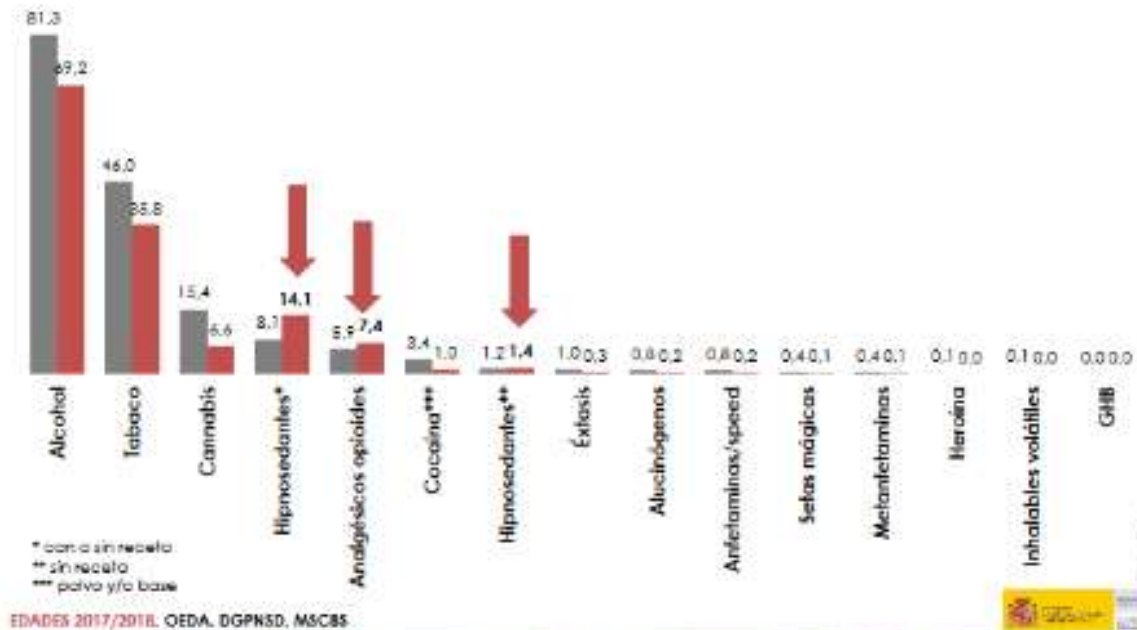
Si observamos el siguiente gráfico donde aparecen los datos desagregados por sexo, vemos que, en el último año, los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres (8,1% hombres; 14,1% mujeres).



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%) por sexo

Últimos 12 meses, Población 15-64 años

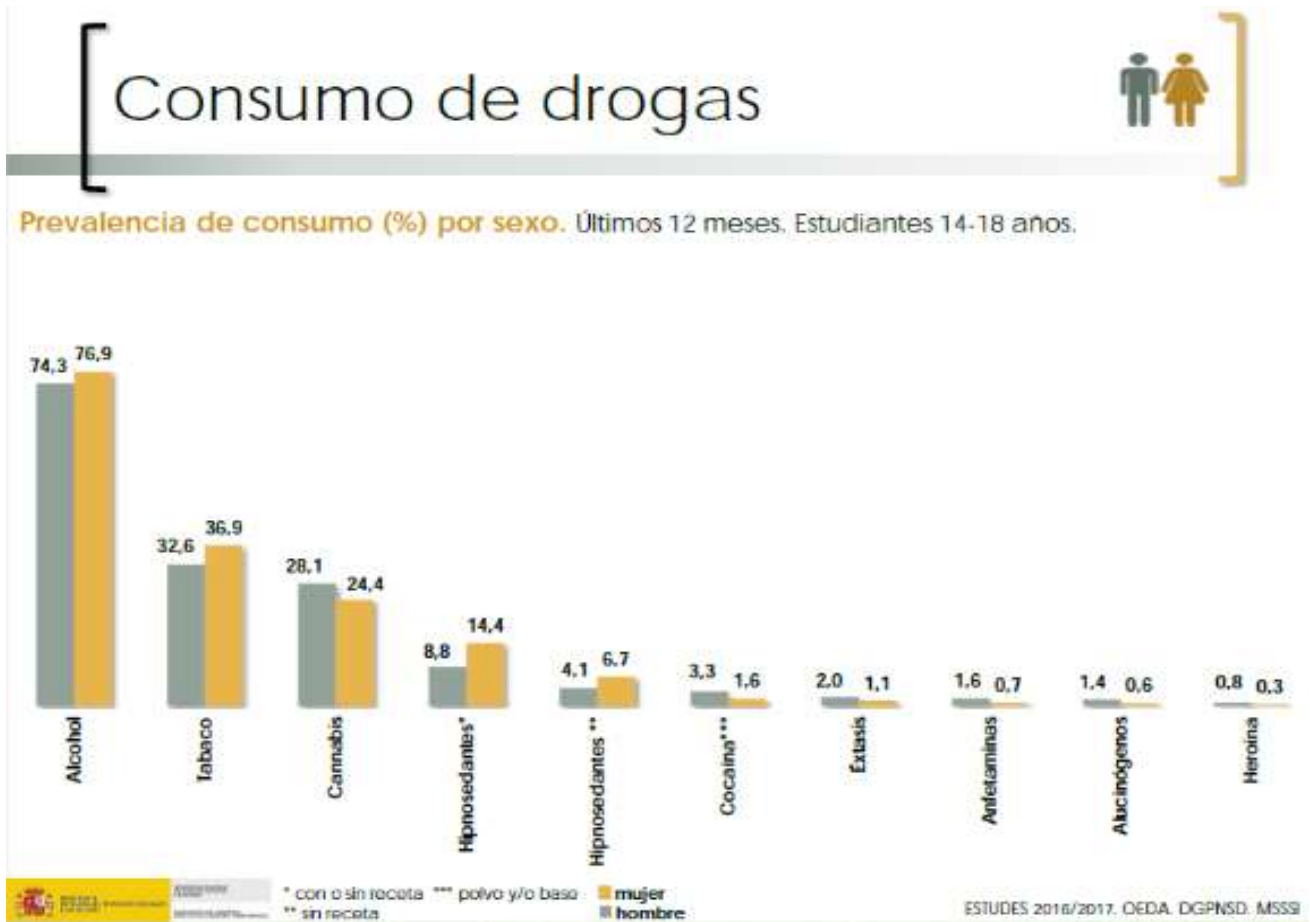


Estas tendencias en los consumos de drogas son coincidentes con los modelos de socialización de género tradicionales de los que hablamos en el tema 1. Si recordamos, nos movemos entre dos modelos diferenciales y naturalizados de masculinidad y feminidad, donde cada sociedad y cultura determina unas pautas de comportamiento aceptadas o penalizadas para cada grupo (mandatos de género). En este sentido, conductas de riesgo, como es el caso del uso/abuso de drogas están más asociadas con la masculinidad hegemónica, de manera que el ejercicio de las mismas no va a suponer una disrupción en los roles y mandatos de género tradicionales.

Pero, ¿qué ocurre cuando analizamos las tendencias de consumo entre adolescentes?, ¿crees que presentan los mismos patrones de uso de drogas que los comentados con anterioridad?

Siguiendo la última encuesta de ESTUDES (2016-17), las sustancias más consumidas por adolescentes de 14 a 18 años en el último año son el alcohol, en primer lugar (75,6%), el tabaco (34,7%) y el cannabis (26,3%). Le sigue el consumo

de hipnosedantes con o sin receta (11,6%) y de nuevas sustancias psicoactivas (3,1%).



Veamos cuáles son las diferencias por sexo en estos datos:

Siguiendo el gráfico anterior, vemos cómo las chicas de 14 a 18 años presentan mayores tasas de uso de **consumo de drogas legales que los chicos en el último año**: alcohol (74,3% chicos; 76,9% chicas), tabaco (32,6% chicos; 36,9% chicas) e hipnosedantes (8,9% chicos; 14,4% chicas). El uso **de sustancias ilegales está más extendido entre los chicos**, como el cannabis (28,1% chicos; 24,4% chicas) o la cocaína (3,3% chicos; 1,6% chicas).

Si quieres saber más sobre epidemiología, puedes consultar las siguientes páginas web: en España, PNSD: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/> ; en Europa, EMCDDA www.emcdda.europa.eu/ ; y a nivel mundial, UNODC: <https://www.unodc.org/unodc/es/>

¿Qué supone todo esto?, ¿qué significados en clave de género pueden extraerse de las diferencias por sexo en el consumo de drogas entre jóvenes?

Tradicionalmente, el consumo público de drogas había sido descrito como una forma de demostración de la masculinidad; como una práctica que pone en valor comportamientos asociados a la capacidad de aguante y la adopción de riesgos exclusiva o predominante en los hombres. No obstante, la incorporación de las mujeres al consumo de drogas está produciendo una **ruptura de los roles de género tradicionales**, ya que existe una desviación de la normatividad de género a nivel sociocultural. Por lo tanto, *las chicas están redefiniendo el sistema de género* a través de prácticas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas. Ello supone un cambio social importante que tiene un impacto directo en las identidades y subjetividades de las personas; generando nuevas expectativas y demandas sobre los códigos de feminidad y masculinidad.

De esta manera y como vemos, **el modelo tradicional de socialización diferenciada de hombres y mujeres coexiste con un nuevo modelo contemporáneo de roles femenino y masculino**. Esta convergencia temporal de modelos provoca que entren en conflicto los ideales de género y la puesta en práctica de estas identidades, lo que puede incrementar la vulnerabilidad.

Recuerda que...

- Según EDADES (2017-18) dirigida a personas de entre 15 -64 años, los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres.
- Según ESTUDES (2016-17) las chicas de 14 a 18 años presentan mayores tasas de uso de consumo de drogas legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) que los chicos en el último año. El uso de sustancias ilegales está más extendido entre los chicos.
- Se está produciendo una ruptura en los roles tradicionales de género, debido a la incorporación de las mujeres al consumo de drogas. Las chicas están redefiniendo el sistema de género, generando nuevas expectativas y demandas sobre los códigos de feminidad y masculinidad.
- La convergencia temporal de estos dos modelos (tradicional y contemporáneo) provoca que entren en conflicto los ideales y la puesta en práctica de las identidades de género.

3.2. Contexto sociocultural de consumo

Uno de los aspectos importantes que debemos considerar en los consumos de cualquier sustancia es la influencia del contexto sociocultural. Dejando de lado el propio efecto químico que tienen las drogas en el cuerpo, debemos tener en cuenta que tanto el propio acto de consumir, como sus efectos se definen de manera diferente en cada cultura y sociedad, siendo éstas las que moldean y dotan de sentido la experiencia. *La sustancia y la persona consumidora serán entendidas y vividas de diferente manera dependiendo del contexto sociocultural en el que están insertas.*

Ocurre lo mismo si los consumos son llevados a cabo por un hombre que por una mujer. Las expectativas para cada grupo son diferentes en cada cultura, no

sólo en lo que al efecto se refiere, sino también al significado distinto que tiene el propio hecho de consumir en hombres o en mujeres.

En nuestro contexto, el **consumo de drogas es percibido de manera diferencial (y desigual) en función del género**. Mientras que para los hombres la asunción de conductas transgresoras es compatible con su rol de género, a las mujeres cuando consumen se las penaliza socialmente por el hecho de serlo, al haber transgredido la norma de género que las insta a ser prudentes, no asumir riesgos, no consumir o consumir poco.

Como vimos en el tema 1, toda persona que se sale del marco normativo de género recibe de una u otra forma, sanciones o presiones. De este modo, *el que las mujeres elijan sustancias legales no es algo aleatorio*. El consumo de estas drogas, los hipnosedantes, el alcohol o el tabaco, está más **aceptado socialmente**; no existe una percepción social de riesgo como en el caso de las drogas ilegales. Es por ello que las mujeres se sitúan en la legalidad, haciendo un uso menos disruptivo y más compatible con su rol de género hegemónico. En este sentido, podemos decir **la normalización de estos consumos, por su carácter legal, contribuye a que permanezcan invisibilizados** y éste es uno de los problemas más importantes que encontramos cuando hablamos de género y drogas.

3. 3. Motivaciones y factores de riesgo diferenciales

Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas drogas o para mantenerse en éste no son siempre coincidentes. Por esta razón, la perspectiva de género trata de poner de relieve los aspectos diferenciales latentes en las situaciones de uso/abuso de las drogas.

En el caso de las mujeres, nos encontramos con tres tipos de motivaciones prevalentes asociadas a sus consumos:

1. Las **motivaciones de carácter personal**: escapar de los problemas personales, aburrimiento, enfermedades y búsqueda de placer o diversión, son los motivos más mencionados por las consumidoras.

2. Las **motivaciones de carácter macrosocial**: problemas laborales, de transgresión social -el gusto de hacer algo prohibido- o de funcionalidad -utilizar estas sustancias para mejorar el rendimiento académico y/o laboral, son el segundo tipo de motivaciones que esgrimen las mujeres que usan/abusan de drogas.
3. Las **razones de tipo microsocial**: problemas familiares y grupales como facilitar la conversación y el contacto social o el deseo de ser aceptada por un grupo, parecen haber incidido en menores proporciones en las consumidoras para iniciarse en el uso de alcohol y/u otras drogas.

Del conjunto de situaciones problemáticas o **factores de riesgo** relacionados con los consumos de drogas en mujeres cabría destacar:

a) En el ámbito **familiar**:

- El efecto de que padres, madres o familiares hayan tenido un consumo abusivo de drogas, lo que sin duda habría producido un patrón de imitación de esta conducta.
- El estrés que en muchas mujeres produce tener que ocuparse de las tareas domésticas y de los cuidados, después de haber cumplido una jornada laboral fuera de casa, predispone a un consumo paliativo de drogas, especialmente un claro abuso de los tranquilizantes y los hipnóticos.
- La mala situación económica y las malas relaciones con la pareja son también factores de riesgo para estos abusos, en especial del alcohol y los hipnosedantes.

b) En el ámbito de lo **personal**:

- Las situaciones y sentimientos que muchas mujeres tienen de agobio y tensión, de no poder superar sus dificultades y problemas, o la pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción, les inducen muchas veces a buscar una evasión a sus preocupaciones en un uso abusivo del alcohol, a un uso compulsivo del tabaco, o a intentar calmar su ansiedad en la adicción a los tranquilizantes.

c) En el ámbito **social**:

- Nos encontramos con mujeres muy inmersas en ambientes de diversión y cercanas al circuito de las drogas (consumen en grupo, conocen y se relacionan con otras personas consumidoras, opinan que es fácil obtenerlas...) y que tienen fuertes consumos en cannabis y otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis).

d) En el ámbito **laboral**:

- Debido a la insatisfacción en las funciones o trato recibido en el trabajo, provocando frustración; o la temerosidad ante su futuro laboral. En estas situaciones los consumos prevalentes son, de nuevo, el alcohol abusivo y los hipnosedantes.
- Debido a las situaciones de trabajo duras que soportan muchas mujeres (destajos, jornadas prolongadas, cansancio intenso...) o de agobio y estrés, en las cuales sus consumos son más elevados en las sustancias del modelo de los psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína, drogas de síntesis, etc.

Recuerda que...

- La sustancia y la persona consumidora serán entendidas y vividas de diferente manera dependiendo del contexto sociocultural en el que están insertas.
- En nuestro contexto, el consumo de drogas es percibido de manera diferencial (y desigual) en función del género. Mientras que para los hombres la asunción de conductas transgresoras es compatible con su rol de género, a las mujeres cuando consumen se las penaliza socialmente por el hecho de serlo, al haber transgredido la norma de género.
- El que las mujeres elijan sustancias legales no es algo aleatorio. El consumo de estas sustancias está más aceptado socialmente. La normalización de estos consumos, por su carácter legal, contribuye a que permanezcan invisibilizados.

- Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas drogas o para mantenerse en éste no son siempre coincidentes. Influyen tres tipos de motivos: personales, microsociales y macrosociales.
- Los factores de riesgo también son diferenciales. Entre las mujeres encontramos problemáticas diversas asociadas a los consumos en los ámbitos familiar, social, personal y laboral.

3.4. Impacto diferencial del uso de drogas

Hombres y mujeres tienen diferentes **características físicas** (peso, altura, funcionamiento hormonal, tipo de respuesta biológica ante las drogas, etc.), **psicológicas** (autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc.) y circunstancias **socioculturales** (reconocimiento, valoración y participación social) que justifican el distinto impacto de los consumos de drogas.

A nivel físico, en el caso del consumo de drogas legales en las mujeres:

- El organismo femenino metaboliza peor el alcohol, debido a una menor proporción de agua y una mayor proporción de grasa. Ello afecta a la absorción y efecto acumulado del alcohol, lo que provoca que ingiriendo la misma cantidad que los hombres, su concentración en sangre sea mayor.
- 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 y trastornos que se ven potenciados por la ausencia de estrógenos.
- Las mujeres experimentan hasta el doble de efectos secundarios que los hombres durante el tratamiento con tranquilizantes u otros psicofármacos.

En el caso de las drogas ilegales, hay estudios que sugieren las siguientes cuestiones a tener en cuenta:

- ◆ Los trastornos de ansiedad asociados al consumo de cannabis son más frecuentes entre las mujeres.
- ◆ En el caso de la cocaína, debido a las diferencias en los procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de la sustancia en el organismo, con una misma dosis las mujeres tienen un mayor nivel de cocaína en sangre que los varones. Asimismo, presentan mayor sensibilidad a los efectos cardiovasculares de la sustancia.
- ◆ Las mujeres desarrollan de forma más rápida adicción a la heroína, consumen mayores cantidades y se someten a prácticas de riesgo en mayor proporción que los hombres.

A nivel **sociocultural**, existe un impacto de género importante que debemos tener en cuenta *cuando las mujeres usan drogas ilegales, ya que rompen los límites de lo impuesto socialmente por el patriarcado, generando sanciones sociales*. Son clasificadas como desviadas porque se contraponen a la definición social de lo que debe ser el comportamiento femenino¹. Beatriz Farapi (2008) llama la atención sobre cómo se despiertan más alarmas en las mujeres cuando dejan de cumplir con lo que se espera de ellas². Es por ello que el estigma en unas y otros es radicalmente diferente. En el caso del consumo de ciertas drogas, las mujeres estarán menoscabando su feminidad, mientras que los hombres estarán poniendo en valor su masculinidad.

3. 5. Estigmatización de mujeres drogodependientes

A todas las personas les es costoso reconocerse como “drogodependiente”, pero en las mujeres se les presenta una **doble penalización social**: cuando es una

1 Etторе, Elisabeth (2007). *Revisioning women and drug use: gender, power and the body*. Basingstoke: Palgrave.

2 Moral-Farapi, (2008). Beatriz. *Género y drogas*. Emakunde, Instituto vasco de la Mujer: Vitoria-Gasteiz.

mujer la que lleva un estilo de vida asociado al deterioro y la marginación se la evalúa en una **mayor incomprensión y estigmatización**.

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. Los hombres, *si bien sufren estigmatización social cuando presentan un consumo problemático de sustancias, no se les penaliza por el hecho de ser hombres*.

Las consecuencias de esta vivencia en las mujeres 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. Esto se traduce en una **mayor falta de apoyos** con las consecuencias que se derivan para la buena marcha en el proceso de la persona drogodependiente. Por tanto, las mujeres enfrentan **mayores obstáculos para el acceso y el mantenimiento en los recursos, así como para su recuperación**, y esto, indudablemente, es una cuestión de género.

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. Ello refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece 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.

Recuerda que...

- El consumo de drogas tiene un impacto diferente en hombres y en mujeres, a nivel biológico, psicológico y sociocultural.

➤ Cuando las mujeres usan drogas ilegales rompen los límites de lo impuesto socialmente por el patriarcado, generando sanciones sociales. Algunos problemas a los que se enfrentan las mujeres drogodependientes son los siguientes:

- Mayor invisibilización de los consumos.
- Doble penalización social: cuando es una mujer la que lleva un estilo de vida asociado al deterioro y la marginación se la evalúa en una mayor incompreensión y estigmatización.
- Ocultación del problema y retraso o la no demanda de ayuda, por temor a ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo.

4. Bibliografía

Arostegui, Elisabete y Urbano, Aurora (2005). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Blanco Zamora, Pilar, Sirvent Ruiz, Carlos, & Palacios Ajuria, Leandro (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2).

Ettorre, Elizabeth (1992). *Women and substance abuse*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Ettorre, Elizabeth (2007). *Revisioning women and drug use: gender, power and the body*. Basingstoke: Palgrave.

Moral-Farapi, Beatriz (2008). *Género y drogas*. Emakunde, Instituto vasco de la Mujer: Vitoria-Gasteiz.

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES), 2016-2017.

Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES), 2017-2018. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad (MSSSI)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018). *Informe Europeo sobre Drogas Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Romo-Avilés, Nuria et al. (2006) Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4): 243-50.

Romo-Avilés, Nuria (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), pp. 269 - 272.

MUJERES Y DROGODEPENDENCIAS

Tema 3: Sobreprescripción de psicofármacos en mujeres



1. Presentación del tema
2. Objetivos
 - 3.1. Uso de psicofármacos en mujeres
 - 3.2. Causas de consumo de psicofármacos en mujeres
 - 3.3. Prescripción diferencial de psicofármacos
 - 3.4. Procesos de medicalización de las mujeres
4. Bibliografía

1. Presentación del tema

En este tema nos detendremos y profundizaremos en las sustancias más consumidas por las mujeres de todas las edades en España: los psicofármacos. Reflexionaremos sobre las causas y consecuencias en estos usos desde una perspectiva de género y contextualizaremos la problemática dentro de los procesos de medicalización de la vida y cuerpo de las mujeres.

También nos plantearemos cuestiones importantes como: ¿existen sesgos de género en la atención y diagnóstico relacionados con la prescripción de psicofármacos?, ¿qué circunstancias rodean el consumo de este tipo de fármacos?, ¿qué conlleva la legalidad de estos consumos?, ¿cuáles son las razones que llevan a las mujeres a consumir este tipo de fármacos?

2. Objetivos

Los objetivos fundamentales que el alumnado podrá alcanzar una vez terminado el estudio de este tema son los siguientes:

1. Analizar las prevalencias de uso de psicofármacos y reflexionar sobre las causas e impacto en la salud de las mujeres consumidoras.
2. Comprender las desigualdades de género que se esconden tras la prescripción de los psicofármacos en las mujeres.

3.1. Uso de psicofármacos en mujeres

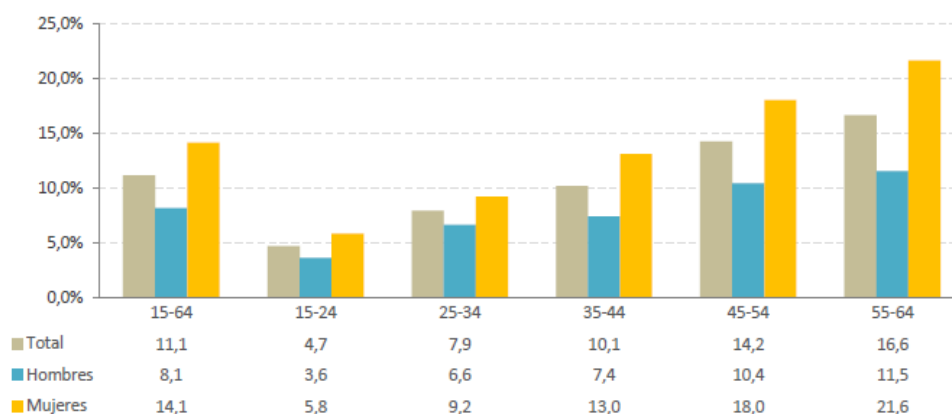
En primer lugar, es preciso aclarar que los psicofármacos hacen referencia a aquellas sustancias prescritas o no por el sistema médico que modifican la actividad psíquica de la persona consumidora por su acción sobre el sistema nervioso central. Son utilizados para tratar enfermedades, síntomas, síndromes de corte psicológico y

relacionados con la depresión, la angustia, ansiedad o el insomnio. En la actualidad, los ansiolíticos-hipnóticos son los más extensamente usados, seguidos de los antidepresivos. Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o “pastillas para dormir” a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiacepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo.

Como ya vimos en el tema 2 a través de los datos epidemiológicos en España, las mujeres son las principales consumidoras de psicofármacos en todos los grupos de edad, tanto bajo prescripción médica como tomados sin control sanitario. *En todas las encuestas que encontramos a nivel nacional, las mujeres duplican prácticamente las tasas de consumo de estas sustancias en comparación con los hombres.* A modo de recordatorio, siguiendo la encuesta EDADES (2017-18), las mujeres de 15 a 64 años presentan una prevalencia del 14,1% frente al 8,1% de los hombres, siendo ésta la única sustancia psicoactiva más consumida por las mismas. En las personas jóvenes sucede lo mismo, según ESTUDES (2016-17) un 14,4% de las chicas de 14 a 18 años había consumido hipnosedantes en el último año, comparado con el 8,8% de los chicos.

En el siguiente gráfico del Observatorio español sobre las adicciones, podemos observar las diferencias en la prevalencia de consumo de hipnosedantes por sexo y edad:

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (%). España, 2017.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Como vemos, el consumo de hipnosedantes con o sin receta aumenta según va incrementándose la edad de la población, siendo más llamativo entre las mujeres. Así, para el consumo en el último año, se registra una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años (5,8%) y el de 55 a 64 años (21,6%). Este grupo de sustancias es consumido principalmente por personas que han entrado ya en la edad adulta.

Siguiendo la última Encuesta Nacional de Salud, ENSE (2017), los datos son de nuevo coincidentes. El 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 4,8% antidepresivos o estimulantes (6,7% de las mujeres y 2,7% de los hombres).

Habiendo constatado las cifras en cuanto al consumo, debemos tener en cuenta *una serie de cuestiones importantes en el uso de psicofármacos* que protegen a las mujeres de verse a sí mismas como drogadictas, ya que no comparten con otras drogas muchas de las características que les parecen rechazables:

- ➔ Se trata de drogas legales y/o prescritas, por lo que su consumo está avalado moralmente por el sistema médico. De este modo, su uso no representa un reto o un desafío a alguna norma o autoridad.
- ➔ No se percibe como arriesgado (tanto para la salud de la persona consumidora, como en relación a aspectos legales) por ser prescrito por profesionales.
- ➔ Se consumen en la soledad y en la privacidad; principalmente en el hogar, lo cual tiende a permanecer oculto, invisible.
- ➔ No se relacionan con ambientes delictivos. Responden a usos totalmente opuestos al que encontramos en otros contextos, como es el del ocio o el de drogas ilegales.
- ➔ Existe una falta de conciencia sobre la dependencia a estos fármacos, tanto por parte de las mujeres que la padecen, como generalmente del entorno. Esto conlleva que acudan en menor medida a los centros de tratamiento para las drogodependencias, salvo que asocien este consumo al de otra sustancia de las catalogadas socialmente como “drogas”.

3.2. Causas de consumo de psicofármacos en mujeres

Como adelantamos en el tema 1 en el apartado de Género y Salud, las mujeres viven más años, pero su calidad de vida es peor a la de los hombres (paradoja de género). Del mismo modo, perciben de manera negativa su estado de salud. Ello tiene que ver con los condicionantes estructurales de carácter desigual que impactan de manera negativa en la salud de las mujeres, como las asimetrías en el reparto de los cuidados y el trabajo doméstico. Según ENSE (2017), las diferencias en los problemas crónicos entre hombres y mujeres son sustanciales, generalmente ellas sufren mayores trastornos musculo-esqueléticos, del estado de ánimo y dolor. Hacen un mayor uso de los servicios sanitarios, buscando atención a sus enfermedades; siendo diagnosticadas con más frecuencia que los hombres por malestares que tienen que ver con su situación social.

Diversos estudios muestran que *el consumo de psicofármacos en mujeres se relaciona con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa, la angustia, el nerviosismo o el insomnio*. Según recogen María José De la Cruz. et al. (2001)¹ en el estudio “Adicciones ocultas”, tanto por parte de las mujeres como del entorno, se catalogan las reacciones emocionales (ansiedad, tristeza, enojo) ante las condiciones de vida como enfermedad y por tanto, se recurre a estos fármacos para “curarla”.

Puedes encontrar este estudio en el siguiente enlace:
http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_ES_5811.PDF

1 De la Cruz, María José et al. (2001). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

Por su parte, Nuria Romo et al. (2004)² en la investigación cualitativa realizada sobre “Mujeres y Psicofármacos”, entrevistan tanto a médicos y médicas que prescriben psicofármacos en Atención Primaria y especializada, como a las mujeres que los usan, destacando las siguientes conclusiones:

- *Las mujeres recurren a los psicofármacos para aliviar la ansiedad, estrés y depresión*, aunque con diferencias según el momento vital en cuanto a los síntomas que expresan o a la forma de manifestar sus malestares: las mujeres jóvenes articulan su discurso en torno a la ansiedad; las mujeres de edad media en torno al estrés y las mujeres de edad mayor alrededor de la depresión.
- Las personas que prescriben encuentran que las mujeres acuden al/la especialista y solicitan, en mayor medida, remedios en forma de “pastillas” *para aliviar sentimientos de malestar e insatisfacción de las situaciones vitales*. Llegando incluso a demandar y solicitar el tratamiento antes de ser diagnosticadas.
- Los prescriptores y prescriptoras encuentran que el desempeño de roles domésticos de atención y cuidado en la salud y la enfermedad actúa como *factor de riesgo*.

3.3. Prescripción diferencial de psicofármacos

Las autoras australianas Mant, Broom y Duncan-Jones (1985)³ destacan 5 hipótesis en torno al uso diferencial de psicofármacos en mujeres y hombres.

2 Vega, Amando; Romo, Nuria; Meneses, Carmen; Gil, Eugenia; Markez, Iñaki y Poo, Mónica (2004). Mujeres y prescripción de psicofármacos: un estudio comparativo en tres comunidades autónomas. *A tu salud*, 45, 4-10.

3 Mant, Andrea, Broom, Dorothy H. and Duncan-Jones, Paul (1983). The path to prescription: Sex differences in -psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Soc Psychiatry*, 18, 185-192.

1. **La hipótesis de la morbilidad**, es decir, más mujeres que hombres tengan problemas psicológicos o psiquiátricos.
2. **La hipótesis de la consulta**: está más aceptado socialmente que las mujeres vayan más al médico que los varones. Incluso aunque la morbilidad psiquiátrica sea la misma, las mujeres obtendrían más prescripciones porque van más a la consulta.
3. **La hipótesis de la manifestación de emociones**: es más aceptable socialmente que las mujeres admitan que tienen síntomas, particularmente síntomas de problemas emocionales. Las mujeres puede que no estén más enfermas que los varones, pero puede que estén más alerta ante sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otras personas. Mujeres y hombres se distinguen en la forma en la que enfrentan los problemas emocionales, pero eso no quiere decir que las mujeres sufran necesariamente más enfermedades mentales.
4. **La hipótesis del estereotipo**: el personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar problemas neuróticos en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.
5. **La hipótesis del control social**: los y las profesionales tienen cierta predisposición a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. La prescripción de psicofármacos puede servir como una forma de "control".

3.4. Procesos de medicalización de las mujeres

Sabemos que ante similar diagnóstico y número de consultas, las mujeres son prescritas con una mayor cantidad de psicofármacos que los varones⁴, lo cual hace pensar en la posibilidad de que existan errores diagnósticos o sesgos de género en

4 Pincus, Harold et al. (1998). Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties. *Journal of the American Medical Association* 279(7): 526-31.

los mismos. Las mujeres sufrimos procesos de medicalización a lo largo de nuestras vidas para enfrentar las lesiones relacionadas con las desigualdades de género⁵, en el ejercicio de poder del patricarcado sobre nuestros cuerpos. La estructura del conocimiento científico, así como la del resto de la sociedad es androcéntrica, por tanto, todo lo relativo a las mujeres y sus diferencias se concibe como problemático.

Carme Valls (2006)⁶, en su libro “Mujeres invisibles” habla de sesgos de género a tener en cuenta en el tratamiento de enfermedades reales o supuestas manifestándose de tres formas:

1. **Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos:** muchos de los fármacos que se aplican actualmente no han sido investigados entre mujeres. Históricamente, las mujeres han sido poco representadas o no han sido incluidas en los ensayos clínicos y como resultado, los datos que se derivan de los ensayos para el tratamiento de pacientes se han basado sobre todo en población masculina y se han extrapolado de forma inadecuada para el uso clínico en las mujeres; obviando las diferencias de género relacionadas con la farmacocinética de los fármacos y los efectos distintos de las drogas debido a la metabolización diferencial en hombres y mujeres.
2. **Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental.** Los trastornos de la menstruación han permanecido invisibles para el diagnóstico médico, ya que la tendencia ha sido enmascararlos con el tratamiento con anticonceptivos, para los que no han valorado los efectos secundarios ni a corto ni a largo plazo para las mujeres. La medicalización sin bases científicas se manifiesta también en la administración de psicofármacos masivamente administrados a mujeres. A lo largo de las vidas de las mujeres y cada vez a edad más temprana, es mucho más probable que una mujer reciba ansiolíticos o antidepresivos en la primera consulta que se hace a un/a especialista o a una

5 Romo-Avilés, Nuria (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. En *Monografía Humanitas*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, 5, 69-83.

6 Valls Llobet, Carme (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Planeta.

consulta de Atención primaria. La falta de servicios sociales adecuados o el papel de cuidadoras, no se puede confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo el hecho de que muchos de los procesos que cursan con dolor o con cansancio, (los dos primeros motivos de consulta entre mujeres) sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos, facilita un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz.

3. **No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga.** La mayoría de las causas de fatiga y de malestar entre mujeres y hombres se deben a un amplio abanico de interacciones entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales que interactúan de forma diferente en hombres y mujeres: morbilidad diferencial. Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres. El peor estado de salud de las mujeres se debe a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias.

Recuerda que...

- En todas las encuestas que encontramos a nivel nacional, las mujeres duplican prácticamente las tasas de consumo de psicofármacos en comparación con los hombres.
- Características del uso de psicofármacos:
 - Legales y prescritas: avalado por el sistema médico; no representa un desafío a alguna norma o autoridad; no se percibe como arriesgado.
 - Se consumen en la soledad y en la privacidad, favoreciendo que permanezca oculto e invisible.
 - No se relacionan con ambientes delictivos.

- Falta de conciencia sobre la dependencia a estos fármacos.

- El consumo de psicofármacos en mujeres se relaciona con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa; para aliviar la ansiedad, estrés, la depresión y aliviar sentimientos de malestar e insatisfacción de las situaciones vitales. Estos desequilibrios actúan como factores de riesgo.
- Cinco hipótesis en torno al uso diferencial de psicofármacos en mujeres y hombres: hipótesis de la morbilidad, de la consulta, de la manifestación de emociones, del estereotipo, del control social.
- Sesgos de género a tener en cuenta en el tratamiento de enfermedades:
 - Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos
 - Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental.
 - No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga.

4. Bibliografía

Arizaga, María Cecilia (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”. *Revista Científica de UCES*, 11(1), 11-34.

Briggs, Laura (2000). The race of hysteria: "overcivilization" and the "savage" woman in late nineteenth-century obstetrics and gynecology. *Am Q*, 52(2): 246-73.

Connel, Raewyn (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*, 74(11):1675-83

- De la Cruz, Maria José et al. (2002). *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Las palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Ehrenberg, Alain (2001). *Individuos bajo la influencia de las drogas, alcohol y medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ENSE, Encuesta Nacional de Salud España (2017). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.
- García-Calvente, María del Mar; Delgado Ana, Mateo I, Maroto G; Bolívar Julia (2008). El género como determinante de desigualdades en salud y en utilización de servicios sanitarios. In: *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en Andalucía, p.127-43.
- López Carrillo, Margarita La medicalización de la vida y salud de las mujeres. *Mujeres y Salud*.
- Mant, Andrea, Broom, Dorothy H. and Ducan-Jones, Paul (1983). The path to prescription: Sex differences in -psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Soc Psychiatry*, 18, 185-192.
- Orueta Sánchez, Ramón; Santos Rodríguez, Coral González Hidalgo Enrique et al. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4(2), 150-161.
- Pincus, Harold et al. (1998). Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties. *Journal of the American Medical Association* 279(7): 526-31.
- Romo-Avilés, Nuria (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de la mujeres. En *Monografía Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, Barcelona, 5, 69-83.
- Romo-Avilés, Nuria y Meneses, Carmen (2015). Malestar de las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En

Iñaki Markez (ed.) *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Vega, Amando; Romo, Nuria; Meneses, Carmen; Gil, Eugenia; Markez, Iñaki y Poo, Mónica (2004). Mujeres y prescripción de psicofármacos: un estudio comparativo en tres comunidades autónomas. *A tu salud*, 45, 4-10.

Valls Llobet, Carme (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Planeta.

Valls Llobet, Carme (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Feminismos: Cátedra Ediciones.

MUJERES Y DROGODEPENDENCIAS

Tema 4: Consumo de drogas y violencia de género



1. Presentación del tema
2. Objetivos
 - 3.1. Violencia de género y drogas: una doble problemática que se retroalimenta.
 - 3.2. Violencia sexual y de género en los contextos de ocio juveniles.
4. Bibliografía

1. Presentación del tema

En este último tema vamos a abordar la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y violencia de género. Se trata de un entramado complejo y multidimensional que debe ser abordado necesariamente desde la perspectiva de género.

En primer lugar, hablaremos de la relación bidireccional y en ocasiones con vínculo causal entre ambas problemáticas: ¿puede la violencia de género actuar como factor determinante para el inicio del consumo de drogas en mujeres?, ¿Y viceversa?, ¿el uso de sustancias incrementa la posibilidad de exposición a la violencia? Posteriormente, identificaremos diversos tipos de violencia en mujeres con drogodependencias y las resistencias o barreras que encuentran.

Una segunda parte la dedicaremos a las diversas formas de violencia sexual y de género en los contextos de ocio juvenil donde se consumen alcohol y otras drogas.

2. Objetivos

Los objetivos fundamentales que el alumnado podrá alcanzar una vez terminado el estudio de este tema son los siguientes:

1. Contemplar e integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las drogodependencias.
2. Reconocer y analizar la confluencia de la doble problemática: violencia de género y uso de sustancias psicoactivas.

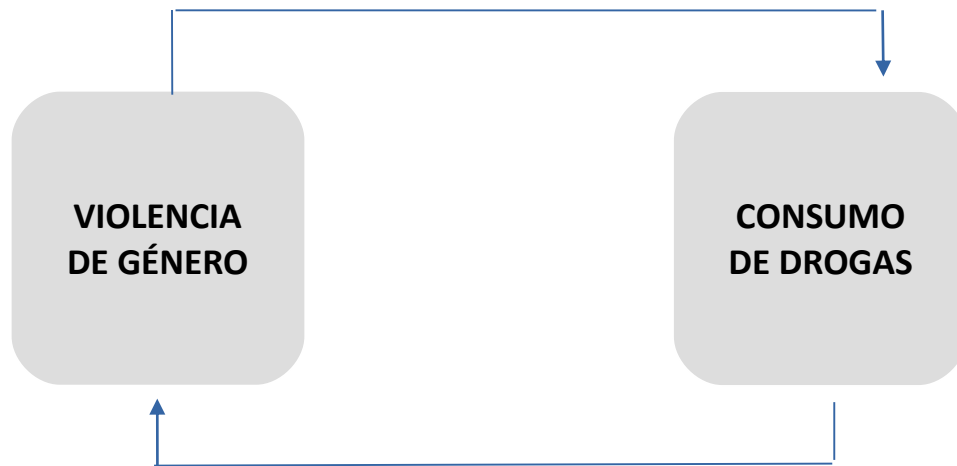
3. 1. Violencia de género y drogas: una doble problemática que se retroalimenta

En primer lugar, es preciso apuntar que la Violencia de Género es un problema de Salud pública y de Derechos Humanos. Según la Conferencia Mundial de Beijin (1995) «traduce las relaciones de fuerza históricas que culminaron en la dominación y discriminación de las mujeres por parte de los hombres» y se convierte en el símbolo más brutal de la desigualdad dirigida contra las mujeres, por el hecho de ser mujeres.

Siguiendo la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género, «se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia», y «comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad». La autora Raquel Osborne (2009)¹ alude además, al hecho de que la violencia contra las mujeres no se agota en el maltrato físico, sino que incluye las amenazas, la coerción y la privación de la libertad tanto en la vida pública como en la privada, así como la violencia sexual.

La asociación entre el consumo de drogas y la violencia de género es un tema ampliamente estudiado y existe evidencia que confirma la relación entre ambas problemáticas. De hecho, tienden a retroalimentarse; convirtiéndose una en factor de riesgo para la otra.

1 Osborne, Raquel (2009). *Apuntes sobre Violencia de Género*. Barcelona: Bellaterra.



En ocasiones, se produce un vínculo causal entre las experiencias de violencia vividas en el pasado y en el presente, como factor desencadenante del inicio en el uso de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, es la ***violencia sufrida la que actúa como determinante en el inicio y mantenimiento en el consumo de drogas.***

- Con respecto a la violencia padecida en el pasado, es necesario señalar que si no se tratan los eventos psico-traumáticos en el momento en que ocurren, pueden llegar a tener consecuencias psicológicas a largo plazo. En tales casos, el uso de sustancias psicoactivas puede ser visto como una estrategia ***para olvidar un episodio traumático o aliviar las consecuencias psicológicas.***
- Con respecto a la violencia sufrida en el momento presente, nos encontramos con mujeres que recurren al consumo de sustancias adictivas (alcohol, psicofármacos u otras drogas) ***cómo método de afrontamiento*** ante el sufrimiento de una violencia que se prolonga en el tiempo a través de situaciones estresantes o conflictivas: episodios de violencia física y/o psicológica, agresiones sexuales, acoso, etc. En estos casos, el consumo de sustancias supone un “alivio” a corto plazo del malestar emocional, pero, sin embargo, a la larga puede ser causa de un agravamiento de la situación de la víctima.

Sin embargo, el vínculo no siempre está en la misma dirección, ya que el uso de sustancias también puede incrementar el riesgo de padecer violencia de género. Aunque el consumo de drogas no sea el determinante causal, actúa como factor de riesgo que puede ***contribuir a precipitar violencia de género o agravarla una vez que ha surgido***. En este sentido, las autoras Testa, Livingston y Leonard (2003)² consideran que el consumo de drogas en el contexto de pareja puede incrementar la irritabilidad, dañar las interacciones sociales junto con la capacidad para manejar conflictos, y, por tanto, incrementar la probabilidad de que se produzca violencia de género.

Según un estudio realizado por las autoras Sara Gutierrez y Christina Van Puymbroeck (2006)³ el porcentaje de mujeres que acuden a casas de acogida y programas de tratamiento por violencia de género y consumen drogas abusivamente oscila entre el 4% y el 40%. Por otra parte, si nos focalizamos en las mujeres que consumen drogas, se observa que un elevado porcentaje de las mismas han sufrido o sufren violencia de género en edad adulta (entre el 41% y el 80%).

Una investigación más reciente llevada a cabo por Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga (2014)⁴ pone de manifiesto que la proporción de pacientes con drogodependencias que ha sufrido violencia en su vida (46%) es mucho más alta que la padecida en la población en general española (5%) siendo la cifra significativamente mayor en las mujeres (79.6%) que en los hombres (37.8%).

2 Testa, María; Livingston, Jennifer; Leonard, Kenneth (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664

3 Gutierrez, Sara, & Van Puymbroeck, Christina (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 497-513.

4 Fernández-Montalvo, Javier, López-Goñi, Jose y Arteaga, Alfonso (2014). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298.

Recurso Complementario

Si quieres saber más sobre este último estudio, puedes descargar el artículo: “Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances” (en inglés) a través del siguiente enlace:

<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/28269/Life%20time%20abuse%20and%20additions.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

3.1.1. Tipología de violencia en mujeres con drogodependencias:

El Consejo de Europa (2016)⁵ identifica diversos tipos de violencias:

1. **Violencia interpersonal, pasada o presente.** Es el caso de la violencia experimentada en el ámbito privado, familiar o marital; la violencia experimentada en la infancia: mujeres que sufrieron abusos infantiles o fueron testigo de violencia física y/o psicológica infligida a otra persona en la familia; y la violencia en el contexto de una relación de pareja. Particularmente aquellas que encuentran mayores barreras para salir de la relación por razones de dependencia material o cultural. En este contexto, el consumo de sustancias también puede convertirse en un **mecanismo de control** por parte del agresor, usando sustancias para retener a la víctima o instrumentalizándola para obtener las sustancias.
2. **Violencia relacionada con el entorno social.** Es el caso de la violencia específica en los círculos de drogadicción: mediante la práctica del consumo de drogas o el establecimiento de las relaciones que giran en torno a la compra y el uso; la violencia sexual en ambientes festivos; y en contextos de trata de mujeres con fines de explotación sexual.

5 Benoit, Thérèse & Jauffret-Roustide, Marie (2016). Women Drugs and violence. Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. Consultation of professionals in September and October 2015 in four European cities: Paris, Rome, Madrid and Lisbon. Brussels: Council of Europe. 75 p.

3. **Violencia institucional** por parte de las organizaciones de protección y servicios asociados donde las mujeres viven con culpa, incluso en los centros de tratamiento donde las mujeres son sujetos pasivos sin reconocimiento o consideración de sus capacidades.
4. **Violencia social y cultural** que mantiene la situación de desigualdad y dependencia de las mujeres en el acceso al trabajo o a la vida pública.

Las resistencias que encuentran las mujeres con drogodependencias en situaciones de violencia de género son mayores:

- ➔ Mayor dificultad para salir de las relaciones abusivas y denunciar.
- ➔ Mayor dificultad para reintegrarse a nivel social y cultural.
- ➔ Mayor estigmatización.
- ➔ Las consecuencias psicológicas de la violencia de género se agravan con consumos de drogas.
- ➔ Problemas legales y económicos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Recuerda que...

- La relación entre la violencia de género y el consumo de drogas tiende a retroalimentarse; convirtiéndose una en factor de riesgo para la otra.
 - La violencia sufrida puede actuar como determinante en el inicio y mantenimiento en el consumo de drogas: para olvidar un episodio traumático del pasado o aliviar las consecuencias psicológicas, así como método de afrontamiento ante situaciones de violencia de género.
 - El consumo de drogas puede actuar como factor de riesgo que puede contribuir a precipitar violencia de género o agravarla una vez que ha surgido.

- Existen diversos tipos de violencia en mujeres con drogodependencias: violencia interpersonal, pasada o presente; violencia relacionada con el entorno social; violencia institucional y violencia social y cultural.
- Las resistencias que encuentran las mujeres con drogodependencias en situaciones de violencia de género son mayores.

3. 2. Violencia sexual y de género en los contextos de ocio juvenil

En la juventud, los riesgos se manifiestan con frecuencia en los tiempos de ocio de las y los jóvenes porque se asumen y vivencian como espacios de experimentación con la transgresión y el control. ***En los contextos recreativos es donde se tantean los límites mediante comportamientos de riesgo*** como el consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo o los comportamientos violentos de diversa índole entre los cuales destacan por su expansión, los de violencia de género dentro y fuera de relaciones de noviazgo juvenil y abuso sexual.

La construcción de género en la socialización contribuye a esta dinámica donde la dominación juega un papel fundamental en la identidad de género masculina. Los chicos se sitúan en una tesitura más o menos permanente de tener que demostrar tanto públicamente como a sí mismos su masculinidad; a través de todo aquello que connota dominación, a la vez que implica una mayor asunción de riesgos. En el caso de las mujeres, se espera que mantengan cierto grado de control y respetabilidad. Por ello, será importante no perder de vista el análisis de la ***manera en la que afecta la construcción de género a estos mismos fenómenos***, a la manera en la que se les vincula una serie de valores, modelos y comportamientos.

El alcohol es la sustancia más implicada en situaciones de violencia sexual en los contextos de ocio. Puede reducir o incluso hacer desaparecer la capacidad de reacción de la persona agredida, así como puede actuar como desinhibidor del potencial agresor. No obstante, la percepción y el impacto sociocultural no es el mismo en mujeres que en hombres, ya lo vimos en el tema 2.

Existe una percepción subjetiva del efecto del consumo de sustancias en mujeres y hombres que **penaliza y culpabiliza** a las primeras, ya que transgreden la normatividad de género; mientras que **legitima y desresponsabiliza** a los segundos. Este hecho, entre otros, conlleva que a las mujeres se las juzgue y culpabilice cuando sufren una agresión (bajo el argumento de que «ella se lo buscó», «que no hubiera bebido»). Por otro lado, la transgresión según el modelo de masculinidad hegemónico es esperable, incluso aplaudida, por lo que se justifica y resta importancia a las agresiones que cometen bajo el uso de sustancias. Es decir, ***el consumo de drogas funcionaría como un atenuante para los agresores pero como un agravante para las agredidas.***⁶

En nuestro país, el informe anual sobre violencia sexual en los contextos de ocio juvenil (Observatorio Noctámbul@s) identifica ***diversos grados de violencia de género en estos espacios*** comenzando por:

- La cosificación de la mujer, comentarios sexuales incómodos, insultos, tocamientos no consentidos, acorralamientos, la creencia de tener un derecho adquirido sobre la mujer, invitar a copas e insistir ante una negativa.

- Prácticas sexuales no consentidas en el marco de una relación sexual voluntaria, las agresiones a chicas que han consumido mucho y no controlan sus actos.

- Violación.

Puedes acceder a la siguiente página para consultar los informes anuales realizados por el Observatorio Noctámbul@s aquí:
<https://www.drogasgenero.info/noctambulas/informes/>

En los contextos de ocio nocturno, el consumo de sustancias dispara dinámicas preexistentes relacionadas con la desigualdad y la violencia y sirve como

6 Fundación Salud y Comunidad (2016). Informe Noctámbul@s 2015-2016. [Consultado:20/03/2019]. Disponible en: <http://www.drogasgenero.info/noctambulas/informes/>

argumento para, en muchos casos, justificar las agresiones, disolviéndose la responsabilidad en contextos grupales y de consumo.

En este sentido, es importante señalar que existe cierta predisposición social a que de noche y bajo el amparo del “ligoteo” se den determinadas conductas tanto de acoso verbal como físico, considerándolo como *algo consustancial o inherente a la fiesta*. También, hay una falta de reconocimiento de lo que es violencia, que contribuye a la *invisibilización* de ciertos comportamientos en apariencia sutiles (como los micromachismos: comportamientos sexistas de control y dominio naturalizados que se ejecutan impunemente⁷), que dificultan que las mujeres que las sufren no se sientan legitimadas para denunciarlo al considerarlo parte de “*la normalidad*” o al tener *miedo* de que no se les otorgue importancia o gravedad.

Recuerda que...

- En los contextos recreativos es donde se tantean los límites mediante comportamientos de riesgo en personas jóvenes como el consumo de drogas o comportamientos violentos.
- La construcción de género afecta al análisis de estas dinámicas. La percepción social y cultural en torno al consumo de drogas penaliza y culpabiliza a las chicas, ya que transgreden la normatividad de género; mientras que legitima y desresponsabiliza a los chicos.
- El alcohol es la sustancia más implicada en situaciones de violencia sexual en los contextos de ocio nocturno. En la relación que se produce entre la violencia sexual y el consumo de sustancias éste funcionaría como un atenuante para los agresores, pero como un agravante para las agredidas.
- Existen diversos grados de violencia de género en estos espacios, que van desde la cosificación de la mujer, comentarios incómodos, tocamientos, acorralamientos, insistencia; pasando por prácticas sexuales no consentidas y agresiones en casos de ebriedad de las chicas, hasta llegar a la violación.

7 Bonino, Luis (2004). Los micromachismos. *Revista La Cibeles*, 2.

- Se justifican las agresiones y disuelven las responsabilidades en contextos grupales y de consumo, considerándolo como algo consustancial e inherente a la fiesta. Ello contribuye a la invisibilización y dificulta que las mujeres que las sufren no se sientan legitimadas para denunciarlo.

4. Bibliografía

Bonino, Luis (2004). Los micromachismos. *Revista La Cibeles*, 2.

Benoit, Thérèse & Jauffret-Roustide, Marie (2016). Women Drugs and violence. Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. Consultation of professionals in September and October 2015 in four European cities: Paris, Rome, Madrid and Lisbon. Brussels: Council of Europe. 75 p.

Fernández-Montalvo, Javier, López-Goñi, Jose y Arteaga, Alfonso (2014). Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298.

Fundación Salud y Comunidad (2016). Informe Noctámbul@s 2015-2016. [Consultado:20/03/2019]. Disponible en: <http://www.drogasgenero.info/noctambulas/informes/>

Fundación Salud y Comunidad (2017). Informe Noctámbul@s 2016-2017. [Consultado:20/03/2019]. Disponible en: <http://www.drogasgenero.info/noctambulas/informes/>

Gutierrez, Sara, & Van Puymbroeck, Christina (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 497-513.

Iraurgi Castillo, Joseba; Arostegui Santamaría, Elisabete; Laespada Martines, María Teresa (2016). Violencia en parejas adolescentes, contexto recreativo y consumo de alcohol: análisis de las representaciones ligadas al género. *Educació Social Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 63, 49- 59.

- Llopis, Juan José et al. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 2(5).
- Osborne, Raquel (2009). *Apuntes sobre Violencia de Género*. Barcelona: Bellaterra.
- Romo-Avilés, Nuria; García-Carpintero, María Ángeles, Pavón-Benítez, Laura (2019). Not without my mobile phone: alcohol binge drinking, gender violence and technology in the Spanish culture of intoxication. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. DOI:[10.1080/09687637.2019.1585759](https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1585759)
- Romo-Avilés, Nuria (2018). Drugs and Gender. En: Telmo Mota Ronzani (eds), *Drugs and Social Context*. Cham (Suiza): Springer, 2018. pp. 63-75.
- Testa, María; Livingston, Jennifer; Leonard, Kenneth (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664

BIOGRAFÍA

Laura Pavón Benítez

Antropóloga sociocultural y doctora en Ciencias Sociales.. Es profesora en el departamento de Sociología de la Universidad de Granada y miembro del grupo de investigación HUM-603/Estudios de las Mujeres. Sus intereses de investigación se centran en las violencias machistas, los estudios de género y drogodependencias y los estudios sobre juventudes, redes sociales y ruralidades.



