

Intervencións preventivas sensibles á perspectiva de xénero

Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia



xénero e drogas

Edición bilingüe galego - castelán

Intervencións preventivas sensibles á perspectiva de xénero

Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia



xénero e drogas

AUTOR

Sánchez Pardo, Lorenzo

GRUPO DE TRABAJO

Bermejo González, Pilar

Cid González, Aurora

Fernández Lamparte, Mónica

Morán Iglesias, Jesús

Platas Ferreiro, Lydia

Diseño e realización:

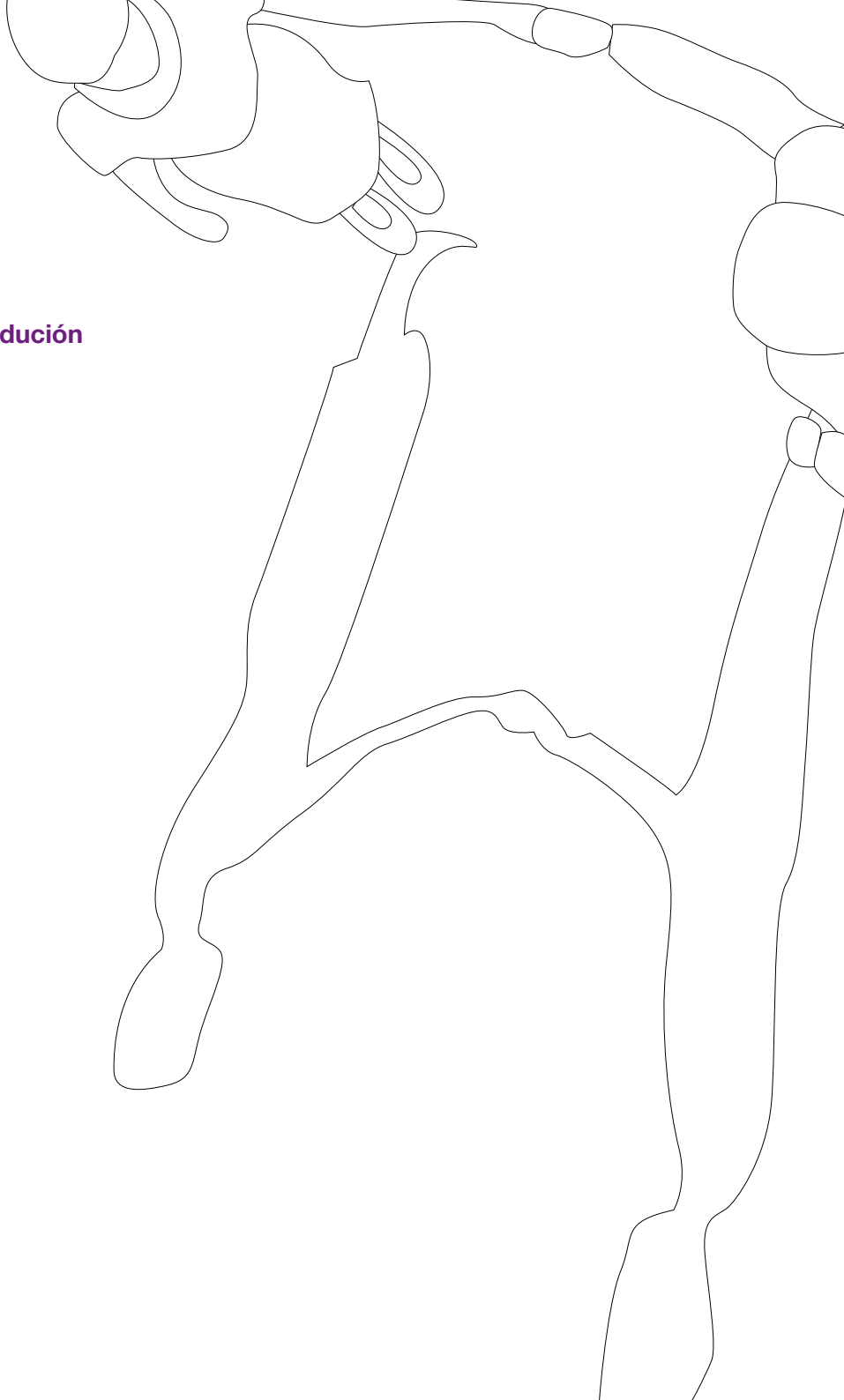
Krissola diseño, S.L.

D.L.:

1. Introducción	4
2. Obxectivos do manual	8
3. Resultados da investigación: evidencias que avalan a necesidade de incorporar a perspectiva de xénero aos programas de prevención das drogodependencias	10
Relacionadas coa saúde	11
Relacionadas coas drogas	13
4. Propostas para incorporar a perspectiva de xénero aos programas de prevención das drogodependencias	30
Propostas en materia de investigación e formación	31
Propostas relacionadas coas políticas, os plans e programas en materia de prevención	33
5. Recensións bibliográficas	36
6. Glosario sobre xénero	40

1

Introducción



O xénero condiciona de xeito importante a saúde de homes e mulleres e a súa relación coas drogas, constituíndo un elemento central que debe ser tido en conta no deseño das intervencións preventivas. Malia isto, a perspectiva de xénero non foi incorporada ás investigacións epidemiolóxicas realizadas no noso país e, consecuentemente, ás políticas que se veñen aplicando no ámbito da prevención das drogodependencias.

A influencia que o modelo tradicional de roles feminino e masculino segue exercendo nas percepcións sociais distorsiona o coñecemento e a análise da realidade dos consumos de drogas e das drogodependencias. Aínda hoxe continúan a interpretarse estes comportamentos en clave masculina, considerando que as mulleres seguen un patrón similar ao dos homes. Este nesgo fai que os programas de prevención das drogodependencias aborden as súas respectivas poboacións destinatarias como se fosen un todo monolítico, que compartise as mesmas motivacións, patróns e problemas en relación coas drogas (as dominantes entre os homes).

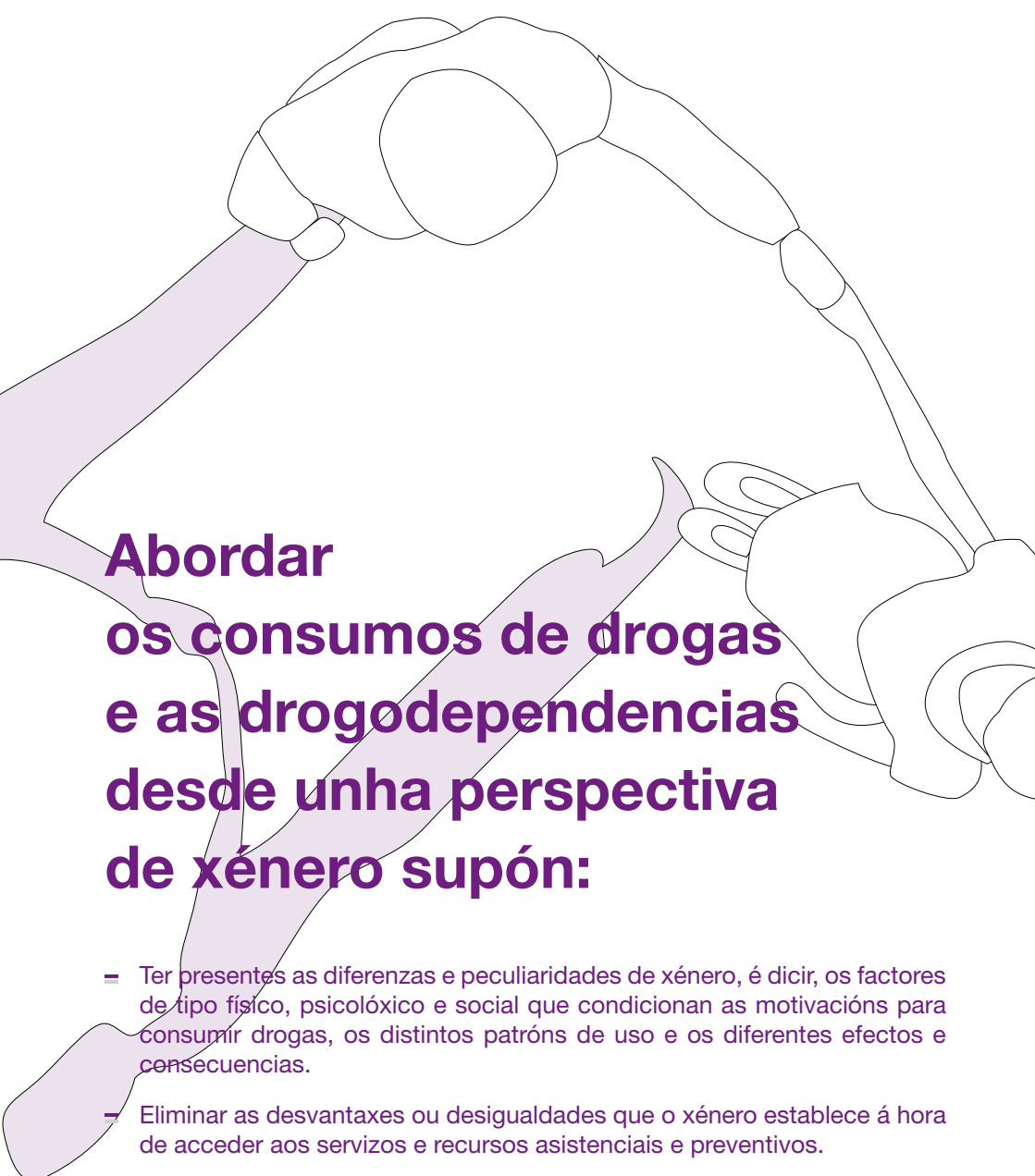
Aínda que nos últimos anos se lograron progresos importantes en materia de prevención, entre os que destaca a acumulación de evidencias científicas sobre os factores asociados ao uso e abuso de drogas e en relación coa efectividade dos programas de prevención das drogodependencias, sábese moi pouco acerca da situación diferencial en homes e mulleres. A ausencia da perspectiva de xénero na investigación epidemiolóxica das drogas e no marco das avaliacións realizadas das estratexias preventivas determina que o coñecemento actual sobre algunhas dimensións claves para o establecemento de políticas efectivas en materia de prevención sexa moi limitado. Esta carencia de coñecementos é especialmente relevante no referente a:

- Os factores asociados ou motivacións que levan homes e mulleres a iniciarse no consumo de drogas, a manter eses consumos e a desenvolver trastornos adictivos.

- Os mecanismos que explican a distinta vulnerabilidade de homes e mulleres fronte aos consumos de drogas.
- Os factores que determinan a efectividade das estratexias preventivas con homes e mulleres (o seu distinto nivel de éxito).
- A perspectiva de xénero permite comprender as relacións específicas que homes e mulleres manteñen coas drogas, as súas semellanzas e diferenzas.

Son múltiples as razóns que aconsellan abordar a prevención das drogodependencias desde unha perspectiva de xénero:

- Homes e mulleres manteñen relacións específicas coas drogas, onde, xunto a elementos e características comúns ou compartidas, é posible observar patróns de consumo diferentes.
- As motivacións para iniciarse ou manterse no consumo das distintas drogas non son sempre coincidentes. De feito, as investigacións realizadas ata o momento confirman a existencia de factores de risco que favorecen o inicio do consumo de drogas ou a continuidade dos mesmos factores específicos en homes e mulleres.
- De igual modo, non todos os factores de protección teñen o mesmo impacto ou exercen a mesma influencia nos homes e nas mulleres.
- As diferenzas biolóxicas, psicolóxicas, sociais e culturais entre homes e mulleres exigen que as estratexias e actividades para previr o consumo de drogas se adapten a estas.
- A adicción ás drogas en homes e mulleres segue un curso e ten características diferentes.
- Os efectos ou consecuencias derivados do uso e abuso de drogas son distintos en homes e mulleres.
- En suma, non é posible ofrecer as mesmas respostas, afrontar coas mesmas estratexias e instrumentos realidades diferentes.



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

- Ter presentes as diferenzas e peculiaridades de xénero, é dicir, os factores de tipo físico, psicolóxico e social que condicionan as motivacións para consumir drogas, os distintos patróns de uso e os diferentes efectos e consecuencias.
- Eliminar as desvantaxes ou desigualdades que o xénero establece á hora de acceder aos servizos e recursos asistenciais e preventivos.

2

Objetivos do manual



O manual pretende cubrir dous obxectivos básicos:

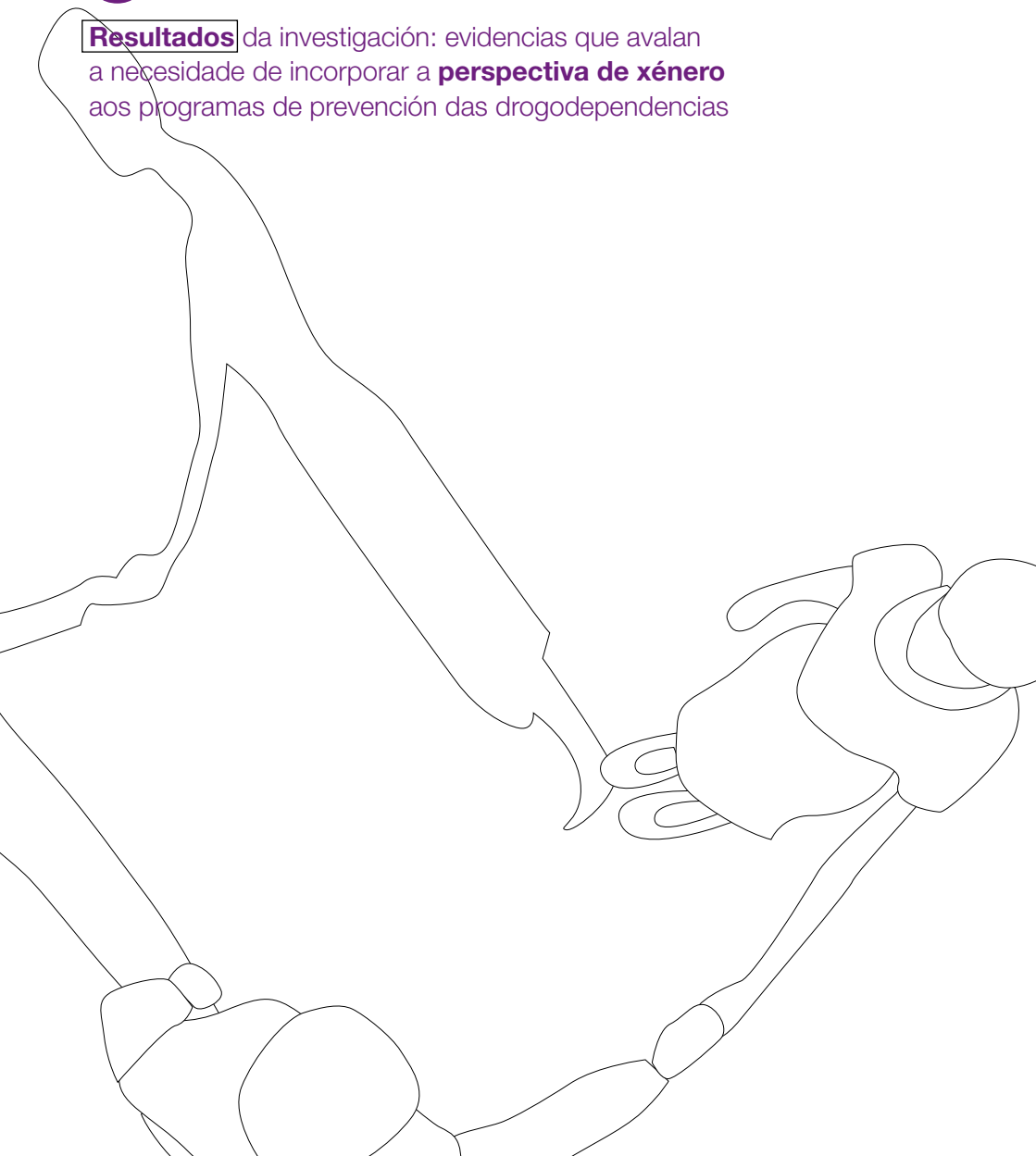
- **Sistematizar** as evidencias científicas dispoñibles acerca dos factores asociados ao uso e/ou abuso de drogas en homes e mulleres e sobre a eficacia diferencial que as distintas estratexias preventivas que se veñen ensaiando no eido da prevención das drogodependencias teñen en cada un destes colectivos.
- **Establecer** unha serie de criterios orientadores xerais que, baseados na evidencia e na avaliación de resultados no campo da saúde, lles permitan aos profesionais que traballan no campo da prevención incorporar a perspectiva de xénero ao deseño e avaliación das súas actuacións preventivas co fin de mellorar a súa eficacia.

Incorporar a perspectiva de xénero no deseño e execución de programas de prevención das drogodependencias implica:

- Incluir nos estudos epidemiolóxicos que se van realizar no campo das drogodependencias variables, complementarias ao sexo, que nos permitan coñecer dimensións sensibles en clave de xénero (a dependencia emocional, o estado emocional, o tipo de ocupación, a implicación nas tarefas do fogar e o coidado dos fillos, relación familiar ou de parella, actividade sexual, etc.).
- Analizar o distinto grao de vulnerabilidade que fronte aos factores de risco asociados ao consumo teñen homes e mulleres e en que medida os modelos de roles de xénero dominantes en cada grupo de idade (adolescentes/mozos e persoas adultas) condicionan as diferentes respostas ante estes.
- Coñecer o distinto tipo de resposta de homes e mulleres, mozos e adultos, fronte ás distintas estratexias preventivas, para ir xerando evidencias que permitan seleccionar aquelas que en cada colectivo se mostren máis efectivas.
- Modificar os obxectivos e contidos dos programas de prevención, incorporando obxectivos e actuacións dirixidas especificamente para homes e mulleres ou mozos e mozas.
- Modificar os coñecementos e actitudes dos profesionais respecto do xénero e da linguaxe, para que esta sexa inclusiva das mulleres.

3

Resultados da investigación: evidencias que avalan a necesidade de incorporar a **perspectiva de xénero** aos programas de prevención das drogodependencias





Relacionadas coa **saúde**

- A perspectiva de xénero axuda a comprender un dos grandes paradoxos existentes en relación coa saúde, como é o feito de que as mulleres viven máis pero o seu estado de saúde é peor que o dos homes. Mentres que o peor estado de saúde das mulleres se relaciona en boa medida cunha posición social máis desfavorecida, a menor esperanza de vida dos homes asóciase con hábitos máis insáns e condutas de risco que implican máis mortes por accidentes e outras causas na idade media da vida (VERBRUGGE, L. M. 1989).
- Diversos estudos documentaron que as mulleres empregadas teñen mellor estado de saúde que as que traballan a tempo completo como amas de casa, situación que se explica polos beneficios que proporciona o emprego fóra da casa, entre eles as oportunidades para desenvolver a autoestima e a confianza persoal, o contacto e apoio social para persoas que doutra forma estarían illadas e as experiencias que aumentan a satisfacción persoal. Ademais, o salario dálles ás mulleres independencia económica e incrementa o seu poder na familia. Estas circunstancias apoian a hipótese de «potenciación de rol», segundo a cal os diferentes roles poden actuar como fontes alternativas de benestar (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007).
- No caso das mulleres, a asunción dos novos roles supón unha sobrecarga física e emocional que condiciona negativamente a súa saúde. Está documentado que o emprego ten efectos beneficiosos sobre a saúde das mulleres solteiras, pero non sobre a das casadas (WALDRON, I. WEISS, C. C. e HUGHES, M. E. 1998) ou que entre as nais estes beneficios se limitan ás que traballan a tempo parcial, o que parece confirmar que cando a carga de traballo total é alta, compaxinar a vida laboral e a familiar pode danar a saúde.
- O xénero (as atribucións que se realizan dos roles feminino e masculino) introduce diferenzas nas condutas relacionadas coa saúde:
- As mulleres preocupáanse máis e aplican máis coidados á súa saúde que os homes.
- Os homes son máis proclives a implicarse ou participar en condutas que presentan riscos claros para a saúde (comportamentos que conducen a lesións por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol e drogas ilegais, etc.).
- O modelo tradicional de masculinidade, que inicialmente podería ser percibido como un factor promotor da saúde, na medida en que lles permite

aos homes un maior acceso aos recursos sociosanitarios, ten en realidade implicacións negativas sobre a saúde (ARTAZCOZ, L. E BORRELL, C. 2007). Ese modelo, aínda vixente na nosa sociedade, implica asumir riscos para a saúde, un condicionante do comportamento especialmente perceptible entre os adolescentes.

- Así mesmo, a socialización neste estereotipo de masculinidade significa resistencia a admitir debilidades, o que adoita asociarse cunha escasa atención ás mensaxes de promoción da saúde e cun menor uso dos servizos sanitarios cando son necesarios (CAMERON, C. BERNARDES, D. 1998).
- A coexistencia temporal dos modelos de socialización de xénero tradicional e contemporáneo fai que entren en conflito os ideais de feminidade e masculinidade e a posta en práctica destas identidades, o que incrementa a vulnerabilidade de homes e mulleres. Este conflito de roles repercute negativamente na saúde, posto que provoca a modificación do comportamento de moitas mulleres que para procurar axustarse á moderna definición do rol feminino asumen comportamentos de risco que ata non hai moito eran condutas características do rol masculino (VELASCO, S. 2006).
- A superación do modelo tradicional ten tamén repercusións positivas sobre a saúde, facilitando a introdución de cambios que favorecen a protección da mesma. No caso das mulleres, conseguindo autonomía, independencia, creando redes de apoio social, participando en diferentes espazos da vida pública, compartindo cos homes as tarefas do fogar e non apoiando todo o seu proxecto vital no coidado e servizo dos demais (MINISTERIO DE SANIDADE E CONSUMO 2007).



Relacionadas coas **drogas**

Relacionadas cos **significados e percepcións** dos consumos

- Consumir drogas non ten o mesmo significado para homes e mulleres, nin é valorado do mesmo modo polos demais. Mentres que no caso dos homes os consumos son percibidos como unha conduta natural, social e culturalmente aceptada (salvo en casos extremos onde aparecen asociados a condutas violentas, temerarias ou antisociais), entre as mulleres supón un reto aos valores sociais dominantes. As mulleres con problemas de adicción ás drogas soportan unha maior sanción social que os homes, que se traduce na súa estigmatización e nun menor grao de apoio familiar ou social.
- As mulleres con consumos problemáticos de drogas perciben con máis frecuencia e intensidade que os homes que fracasaron a nivel persoal, familiar e social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente o papel que lles foi asignado (ser unha boa nai ou unha boa ama de casa). As consecuencias desta vivencia adoitan ser a desvalorización persoal, as tensións e conflitos familiares, cando non a violencia familiar. Ademais, deben facer fronte á incompreensión e o rexeitamento por parte do seu ámbito social máis próximo.
- A estigmatización das mulleres con problemas de adicción ás drogas reforza o seu illamento social, á vez que favorece a ocultación do problema e a ausencia e/ou demora na solicitude de axuda para superar este. Son reiteradas as evidencias clínicas que sinalan que atrasan a solicitude de axuda ata o momento en que as consecuencias sobre a súa saúde física e mental ou na súa vida familiar, social ou laboral alcanzan unha entidade tal que as fai insostibles.
- A percepción dos consumos en función de xénero está moi condicionada polo factor xeracional. Se entre as persoas adultas, na súa maioría educadas nun modelo tradicional de identidades e roles feminino ou masculino, o consumo de drogas por parte das mulleres ten un marcado grao de rexeitamento social, non acontece o mesmo coas xeracións de adolescentes e novos, educados en valores que defenden a igualdade entre homes e mulleres e que, consecuentemente, ven con normalidade o feito de que compartan os mesmos comportamentos e hábitos.

Relacionadas cos patróns de consumo

- A superación dos roles tradicionais supuxo que as mulleres asumisen condutas de risco (como o consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas) ata hai poucas décadas consideradas propias dos homes, o que se traduciu nun incremento substancial dos consumos femininos.
- A pesar deste incremento entre as mulleres rexistrado nas dúas últimas décadas, os consumos de todas as drogas, coa única excepción dos psicofármacos, seguen sendo moi superiores entre os homes.
- Os homes non só rexistran prevalencias de uso das diferentes drogas máis elevadas que as mulleres, senón que consomen maiores cantidades e cunha frecuencia superior (os consumos problemáticos e/ou de risco seguen sendo moito máis prevalentes entre os homes).
- A diferenza do que acontece na poboación adulta, onde os consumos de drogas son claramente superiores entre os homes, entre os adolescentes galegos obsérvase practicamente unha equiparación nos hábitos de consumo entre homes e mulleres. Mozos e mozas fuman tabaco, beben alcohol (e abusan del) e manteñen consumos experimentais ou esporádicos de cannabis e cocaína en porcentaxes similares.
- As mulleres iníciase no consumo de drogas en idades xeralmente algo máis avanzadas que os homes, aínda que entre os e as adolescentes estas diferenzas son mínimas.
- Algúns estudos (RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. 2005) sinalan que entre as mulleres das clases sociais máis altas continúa aumentando a frecuencia de consumidoras de tabaco e de grandes fumadoras. Os motivos desta situación estarían relacionados coas presións que recibe este grupo, tanto por cargas estresantes como por modelos de xénero vixentes que poden seguir validando o feito de fumar como recurso estético.
- Mentres que no caso dos homes as maiores prevalencias dos consumos de risco de alcohol se rexistran entre as clases sociais menos favorecidas, nas mulleres estes consumos localízanse entre as clases máis favorecidas. Esta pauta de consumo de risco en función da clase social no caso das mulleres está relacionada, igual que no caso do tabaco, co cambio das expectativas que supón o modelo actual de xénero, que facilitaría a adopción de condutas ata hai pouco tempo consideradas como masculinas (RODRÍGUEZ - SANZ, M. et al. 2006).
- Nos últimos anos produciuse un repuntamento no uso de tranquilizantes, tanto entre os homes como entre as mulleres, aínda que o seu consumo segue sendo sensiblemente superior entre as mulleres, que practicamente duplican as prevalencias observadas entre os homes. As mulleres teñen, ademais, unha maior tendencia que os homes a simultanear o consumo de tranquilizantes e de alcohol.

- Os consumos de drogas ilícitas son moi superiores entre os homes; non obstante, estas diferenzas acúrtanse, ata case desaparecer, no caso dos adolescentes. A partir dos 40 anos a presenza de mulleres consumidoras de drogas ilícitas redúcese de forma drástica, ata alcanzar niveis testemuñais no caso de substancias como a cocaína.

Relacionadas coas **motivacións** e os **factores** asociados ao consumo

- As motivacións de homes e mulleres para iniciarse no consumo das distintas drogas ou para manter estes non son sempre coincidentes, o cal non significa que non existan elementos motivacionais comúns entre homes e mulleres, en especial entre os adolescentes, educados nun modelo de roles de xénero máis igualitario.
- Os factores relacionados cos cambio de roles e a definición da nova forma de identidade feminina, xunto co elevado nivel de exixencia que iso leva consigo (traducido nun crecente nivel de estrés), exercen unha grande influencia no consumo de drogas por parte das mulleres, en especial en relación con substancias como o tabaco, o alcohol e os psicofármacos.
- Existen factores de risco e protección específicos para homes e mulleres.
- Entre os factores de risco que as investigacións realizadas ata o momento identifican como asociados ao consumo de drogas por parte das mulleres inclúense:

- Aínda que boa parte dos factores de risco asociados ao consumo de drogas non son exclusivos das mulleres, prodúcese certa sobreexposición feminina a determinados factores, que inciden sobre as mulleres de forma singular ou diferenciada. Un exemplo desta sobreexposición atópase na publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco que tivo como poboación diana as mulleres, en especial as adolescentes, resaltando a idea de que a conquista da igualdade de xénero pasa pola asunción de comportamentos ata hai pouco exclusivos dos homes.
- Poden extraerse algunhas conclusións xerais en relación cos factores asociados aos consumos de drogas por parte das mulleres:
 - O importante peso que teñen os consumos como resposta a determinados estados emocionais ou sintomatoloxía negativa de carácter psicolóxico: as mulleres consomen drogas en boa medida para tratar de manexar ou evitar problemas de estrés, ansiedade, etc.
 - O singular impacto que teñen os factores familiares, feito que estaría relacionado coas maiores dificultades das mulleres para illarse/afastarse dun ámbito familiar conflictivo ou hostil.
 - A función que os consumos de drogas exercen como instrumentos facilitadores da sociabilidade feminina e da súa presenza nos espazos públicos.
- Obsérvanse diferenzas de xénero en relación cos factores de protección, algúns deles cunha maior influencia sobre as mulleres:
 - As mulleres, incluídas as adolescentes, teñen unha maior percepción do risco asociado ao consumo de drogas, o que lles permite desenvolver estratexias de control e evitación das condutas de uso e/ou abuso de drogas.
 - As mulleres atribúenlle maior valor á saúde, tanto de si mesmas como das demais persoas, o que fai que manteñan máis autocoidados que os homes.
 - O modelo tradicional de roles, vixente en moitos pais e nais, proporcionalles un plus adicional de protección fronte ás drogas ás mozas, que se concreta en:
 - 1) As actitudes paternas sobre o consumo de drogas por parte das fillas adolescentes son menos permisivas que no caso dos fillos homes,
 - 2) prodúcese un maior nivel de supervisión e/ou control sobre as actividades das fillas e
 - 3) prodúcese unha maior restrición á participación das mozas nos espazos de ocio nocturno nos que é frecuente observar consumos das denominadas drogas recreativas.

Relacionadas coas **motivacións específicas** para consumir as diferentes substancias



Motivacións para o consumo de tabaco

- A conquista do ámbito social polas mulleres exíxelles reproducir as condutas propias deste, por iso o tabaco é percibido como símbolo da independencia feminina e a igualdade entre sexos, identificando o seu consumo como signo de autonomía, atractivo e éxito social (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007).
- Os factores asociados ao inicio do tabaquismo son diferentes en mulleres e homes e están profundamente marcados polos roles de xénero. Mentres que a autoestima, o estrés, os problemas co peso corporal e a preocupación pola autoimaxe son os factores que máis inflúen na iniciación das mozas, nos mozos fumar forma parte da busca de novas sensacións (BECOÑA, E. e VÁZQUEZ, F. L. 2000).
- Obsérvanse diferenzas de xénero nos patróns de consumo de tabaco entre os adolescentes: as rapazas fuman máis para facer amizades e establecer relacións sociais, como forma de rebelarse contra os pais e outras autoridades e para perder peso (GARCÍA, L. e GONZÁLEZ, M. T. 2002).
- A preocupación pola imaxe corporal, o control do peso e o afrontamento do estrés son os factores psicolóxicos que máis inflúen no inicio e mantemento do tabaquismo feminino (JANÉ, M. et al. 2001).
- Aínda que homes e mulleres fuman para reducir o estrés, os factores desencadeadores son distintos. Mentres que as mulleres fuman como reacción a experiencias negativas, os homes fano habitualmente para aumentar sensacións positivas (BRUNSWICK, A., MESSERI, P. 1984; FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. PERIS, M. 2001).
- Tamén se observan diferenzas de xénero nas motivacións para seguir fumando. O temor a engordar é, de feito, un dos factores que máis contribúen a que as mulleres sigan fumando ou se impliquen menos no abandono dos cigarros. Iso débese a que o estereotipo actual de muller ideal impón a delgadeza, non só como requisito estético, senón como vía para alcanzar o éxito social (TUBERT, S. 2005).



Motivacións para o consumo de alcohol

- 👤 O elemento diferencial perceptible na etiología dos problemas de abuso de alcohol que lles afectan ás mulleres é que este tipo de consumos responden, fundamentalmente, a unha conduta evasiva fronte a situacións conflitivas ou estresantes, relacionadas con certos acontecementos vitais traumáticos e con conflitos e rupturas familiares e/ou de parella, circunstancia que explicaría as importantes taxas de trastornos psiquiátricos presentes entre as mulleres dependentes do alcohol.
- 👤 Tamén entre as adolescentes os motivos do consumo de alcohol se relacionarían coa necesidade de escapar dos problemas, canalizar a frustración e o enfado, así como evitar estados emocionais negativos. Ademais, as mozas, a diferenza dos mozos, poden ser introducidas neste consumo polas súas parellas sentimentais, as cales adoita ser de maior idade. Así mesmo, o consumo de alcohol (e tabaco) entre as mozas vese favorecido por unha pobre comunicación familiar.
- 👤 Algúns estudos (BLOOMFIELD 2002) sinalan que o incremento do uso de alcohol en mulleres profesionais ten que ver coa presión xerada polos seus compromisos e obrigas familiares e profesionais, xunto coa necesidade de adaptarse aos ambientes ata hai pouco exclusivamente masculinos.
- 👤 Os problemas co alcohol son moito máis prevalentes entre as mulleres con trastornos psicolóxicos (con frecuencia sinalouse a depresión como posible orixe do alcoholismo feminino), que sufriron abusos sexuais durante a infancia (WIINFIELD, L. et al. 1990) ou que foron vítimas da violencia de xénero.



Motivacións para o consumo de tranquilizantes e psicofármacos

- 00 O uso de tranquilizantes e outros psicofármacos (somníferos, ansiolíticos, etc.) asóciase, tanto no caso dos homes como das mulleres, coas tensións sociais (familiares, laborais, etc.) propias das sociedades avanzadas. Nas mulleres, principais consumidoras destes produtos, as motivacións relaciónanse coa necesidade de evitar certa sintomatoloxía (estrés, angustia, ansiedade, tristura ou insomnio) que deriva das súas responsabilidades familiares e/ou da compatibilidade do traballo dentro e fóra do fogar.
- 00 Moitas das mulleres consideran estas reaccións emocionais ante certas circunstancias e condicións de vida como unha enfermidade, que pretende ser superada co uso de psicofármacos (de la CRUZ, M. J. et al. 2002). Prodúcese, polo tanto, unha “medicalización do malestar”.



Motivacións para o consumo doutras drogas

- 00 Numerosos estudos indican que a iniciación ao consumo de drogas por parte das mulleres se asocia a relacións afectivas con parellas consumidoras e como reposta a situacións conflitivas a nivel persoal ou familiar (violencia, abusos, etc.).

Sobre a incidencia diferencial da publicidade

- A publicidade ten un papel determinante nos hábitos de consumo de alcohol e tabaco, ao manipular os procesos de identificación persoal e de integración grupal. O seguimento das estratexias de márketing das empresas produtoras e distribuidoras de bebidas alcohólicas e tabaco confirma que os adolescentes e as mulleres son os seus principais destinatarios (SÁNCHEZ, L. 2006).
- As influencias sociais que perciben as mulleres para adaptarse ao novo rol social que lles asigna o moderno modelo de xénero son utilizadas de forma reiterada pola publicidade, que tivo un papel determinante no incremento do consumo de tabaco e de alcohol por parte delas. A publicidade atribúelle significados simbólicos ao consumo de tabaco, asociándoo á satisfacción de determinadas necesidades sociais e psicolóxicas das mulleres, na súa maioría derivadas dos cambios nos roles de xénero tradicionais (vitalidade, delgadeza, sofisticación ou atractivo físico). Mentres que a industria busca atraer os homes a través de mensaxes ligadas a estereotipos de masculinidade, tales como o poder, a riqueza, a fortaleza física ou o éxito sexual (KAUFMAN N. J. e NICTER M. 2001).
- A publicidade de bebidas alcohólicas e de tabaco integra perfectamente a perspectiva de xénero, mostrando as contradicións entre os modelos de roles tradicional e moderno e explotando estas para os seus intereses. De feito, utiliza de forma simultánea ou complementaria referencias e estereotipos do moderno modelo de xénero (cando se dirixe á poboación adolescente), chamadas ou referencias a romper ou superar o modelo tradicional (cando se dirixe a mulleres adultas educadas nun modelo tradicional de feminidade) e referencias a estereotipos do modelo tradicional de masculinidade e feminidade, cando lle son funcionais aos seus obxectivos de fortalecer o consumo destes produtos en homes e mulleres.
- A análise dos contidos e mensaxes da publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco (SÁNCHEZ, L. 2006) permite comprobar a vixencia desta tripla estratexia baseada na perspectiva de xénero:
 - Utilización de actrices, modelos e mulleres famosas e con éxito social fumando ou bebendo alcohol, que encarnaban as aspiracións de moitas mulleres de emancipación e ruptura cuns roles sociais que durante anos as situaban nun papel subordinado fronte aos homes. A mensaxe explícita que se dirixe ás mulleres é a de “atrévete”, “dá un paso”, mentres que os anuncios asocian o consumo de tabaco ou alcohol coa modernidade, a igualdade, a liberdade, a emancipación e a independencia feminina.
 - Referencias ás asociacións cos estereotipos tradicionais da masculinidade (transgresión, éxito, virilidade, poder, paixón, etc.) e a feminidade (sensualidade, sedución, sofisticación, glamour, etc.).

- Referencias a unha moderna identidade xuvenil, baseada na igualdade de mozos e mozas, onde o grupo, a diversión e a transgresión (que se asocian co consumo de bebidas alcohólicas e tabaco) aparecen como compoñentes básicos desta. As evocacións que inclúe a publicidade dirixida a adolescentes e mozos non explota tanto as diferenzas de xénero como o feito de reforzar unha identidade xuvenil uniforme, na que o consumo destes produtos aparece intimamente asociado ao resto de sinais que conforman a identidade xuvenil: transgresión, rebeldía, risco, aventura, descubrir cousas novas, diversión, pracer, amizade, sociabilidade, integración grupal, etc.

Sobre a vulnerabilidade aos efectos das substancias

- Homes e mulleres teñen diferentes características físicas, psicolóxicas e sociais que son a causa do distinto impacto dos consumos de drogas. En xeral, as mulleres son moito máis vulnerables aos efectos do tabaco, o alcohol, os tranquilizantes e as drogas ilícitas, de maneira que con doses similares experimentan máis e máis graves efectos asociados ao consumo.
- As mulleres mostran unha maior vulnerabilidade aos efectos do alcohol e expóñense máis que os homes ao risco de danos hepáticos (hepatite, cirrose), cerebrais e enfermidades cardíacas (MARSHALL, A. W. et al. 1983; HILL, S. Y. 1984; NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM 1999). Factores metabólicos, endócrinos e xenéticos provocan que nas mulleres se instauren problemas de alcoholismo en menos tempo que entre os homes e que sufran disfuncións cerebrais e desenvolvan enfermidades hepáticas e cardíacas de xeito máis temperán, mesmo aínda que beban menos ca eles.
- As drogas teñen unha repercusión negativa na saúde sexual e reprodutiva das mulleres. O consumo de tabaco, alcohol ou outras drogas durante o embarazo provoca diversos trastornos asociados á redución da fertilidade, altera o curso do embarazo, causa diversos danos para o feto e o neonato e afecta ao desenvolvemento dos fillos e fillas, que se concretan nun maior risco de sufrir trastornos de conduta, problemas emocionais e dificultades na aprendizaxe e nas relacións sociais.
- Outras consecuencias do consumo de drogas na saúde sexual e reprodutiva son compartidas por homes e mulleres, como acontece coas disfuncións sexuais, as condutas sexuais de risco ou a transmisión de enfermidades infecciosas.
- A adicción ás drogas formula graves dificultades para o exercicio da maternidade. As mulleres con consumos problemáticos ou trastornos aditivos non seguen unhas pautas adecuadas de autocoidados da súa saúde, podendo descoidar a súa alimentación, hixiene persoal, o cumprimento de certos tratamentos médicos ou manter prácticas de risco, relacionadas ou non co consumo, que impliquen danos sobre a súa saúde. O seu distanciamento dos servizos sanitarios pode facer que non coñezan o seu embarazo ata varios meses despois de producirse este.
- As mulleres póñense en tratamento para superar os problemas de adicción en menor proporción que os homes, debido a que atopan maiores barreiras para iniciar tratamento: a) contan con menos apoio familiar e social, b) o inicio do tratamento supón con frecuencia abandonar as súas responsabilidades no coidado do fogar e os fillos menores e c) temen que facer pública a súa adicción supoña a retirada da custodia dos fillos.

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

Elementos característicos das adiccións ás drogas presentes nas mulleres

- O comezo no consumo é algo máis tardío.
- Os trastornos aditivos progresan de forma máis rápida.
- Consomen menos cantidades que os homes, pero os trastornos físicos derivados do consumo son máis frecuentes e graves.
- Sofren de xeito singular o impacto das drogas na saúde sexual e reprodutiva.
- Maior severidade da adicción.
- Presentan en maior proporción que os homes outros trastornos psiquiátricos asociados á adicción ás drogas.
- Sinalan con máis frecuencia a presenza de trastornos psiquiátricos previos ao consumo problemático de drogas.
- A reacción ante a depresión, a ansiedade e o estrés aparece con frecuencia como desencadeadora do consumo de drogas.
- Maior probabilidade de ter historia de abuso físico ou sexual, de intentos de suicidios e de maltrato físico ou psicolóxico por parte da súa parella.
- Con maior frecuencia, o inicio do consumo relaciónase con eventos estresantes específicos.
- Teñen máis problemas familiares, laborais e económicos que os homes.
- Un menor apoio familiar e social para afrontar os problemas.
- Dispoñen de menos recursos para acceder a tratamento.

Sobre o impacto das drogas na actividade sexual

- Os mitos e crenzas populares que lle atribúen ao consumo de alcohol ou doutras drogas a capacidade de actuar como facilitador das relacións sexuais e potenciador do pracer sexual carecen de base científica. Fronte aos supostos efectos afrodisiacos das drogas, os estudos científicos confirman que o seu uso ou abuso produce unha rápida e intensa deterioración da actividade sexual.
- As evidencias científicas atribúenlle ao consumo crónico de drogas, entre outros, os seguintes efectos sobre a actividade sexual: impotencia sexual nos homes, frixidez, dor nas relacións e desinterese polo sexo nas mulleres e diminución do apetito sexual e ausencia de orgasmos en mulleres e homes. A base do negativo impacto do consumo de alcohol, tranquilizantes ou outras drogas na actividade sexual reside no feito de que estas substancias diminúen o impulso sexual e a excitación, inhiben ou suprimen a lubricación vaginal nas mulleres e provocan problemas de erección e na resposta orgásmica tanto en homes como en mulleres.
- As disfuncións sexuais e a insatisfacción sexual asociada ao consumo de alcohol ou doutras drogas reforza o uso destas substancias, como un xeito inadecuado de afrontar esa insatisfacción.
- As condutas sexuais seguen uns marcados patróns de xénero. A pesar da liberación sexual conseguida pola maioría das mulleres, aínda existen uns condicionantes sociais que fan que moitas mulleres non expresen abertamente as súas necesidades sexuais e que antepoñan o amor e a entrega incondicional aos desexos da parella á protección e o coidado da súa saúde (ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. 2007), uns comportamentos que son atribuídos ás desigualdades de xénero no poder sobre os encontros sexuais (CREPAZ, N. e MARKS G. 2002).
- O consumo de alcohol ou doutras drogas incrementa a posibilidade de manter condutas de risco. O seu efecto inicial desinhibidor, causa a perda de control e a deterioración do xuízo e da capacidade de tomar decisións acertadas, facilita os encontros sexuais e certos comportamentos de risco que, de estar en plenitude de condicións, serían evitados.
- O uso e abuso de alcohol e doutras drogas reduce as posibilidades de manter sexo seguro, dando lugar a diferentes prácticas sexuais de risco: esquecemento ou desatención das medidas de protección (relacións sexuais sen preservativo), contactos con parellas sexuais ocasionais sen protección, relacións non desexadas ou plenamente consentidas.
- A presenza destas prácticas de risco asociadas ao consumo de drogas explica a expansión que están a rexistrar as enfermidades de transmisión sexual, os embarazos non desexados e as interrupcións voluntarias do embarazo, en especial entre o colectivo de adolescentes.

- As prácticas sexuais de risco están xeneralizadas entre os consumidores de drogas e, de xeito especial, entre as persoas con problemas de adicción, o que incrementa o risco de transmisión/contaxio de diferentes enfermidades infecciosas (VIH/sida, hepatitis, enfermidades de transmisión sexual, etc.).
- Unha porcentaxe relevante de mulleres (e sensiblemente máis reducida de homes) con consumos abusivos de drogas ou problemas de adicción recurren á prostitución para financiar o consumo ou acceden a manter sexo con parellas ocasionais a cambio de drogas. O exercicio da prostitución, ademais de ilustrar as desigualdades de xénero que persisten na nosa sociedade, supón un grave risco para a saúde das mulleres que a practican, obrigadas a manter relacións sexuais de risco.

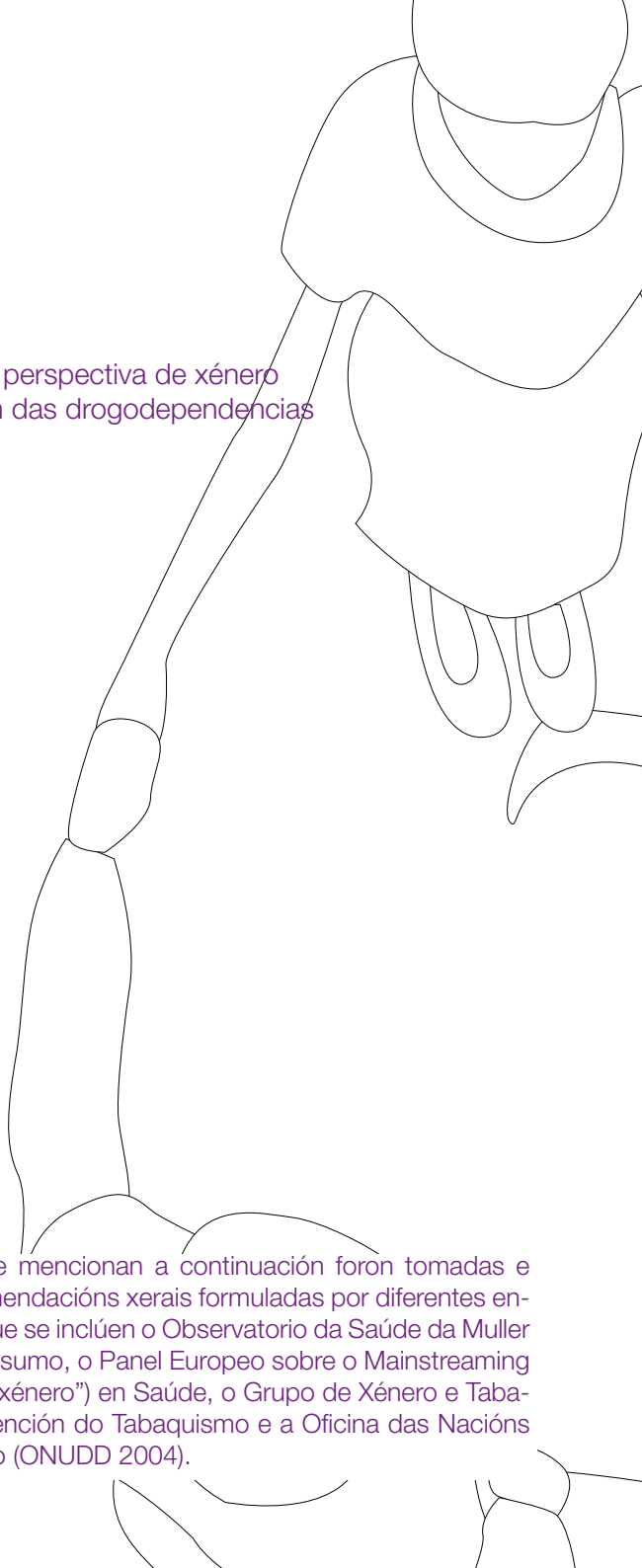
Sobre o impacto das drogas na violencia de xénero

- Numerosas evidencias científicas confirman a relación existente entre o consumo de alcohol, en especial cun patrón abusivo, e a violencia contra a parella. Un estudo internacional promovido pola Organización Mundial da Saúde (SÁNCHEZ, L. et al. 2004) puxo de relevo que:
 - Nos momentos previos aos episodios de violencia de xénero é relativamente habitual que o agresor, a vítima ou ambos os dous bebesen alcohol.
 - Existe unha asociación positiva entre os niveis de consumo de alcohol por parte dos agresores e a frecuencia das agresións inflixidas á parella: entre os bebedores abusivos a presenza de maltratadores é case dez veces superior á rexistrada entre os abstemios.
 - O abuso de alcohol incrementa substancialmente o risco de ser vítimas da violencia de xénero: as persoas que beben abusivamente sufriron agresións físicas nunha porcentaxe tres veces superior á das abstemias.
 - O consumo de drogas ilícitas por parte dos agresores correlaciónase positivamente coa frecuencia das agresións inflixidas, multiplicándose por dez con respecto aos non consumidores destas substancias.
 - Consumir drogas ilícitas incrementa notablemente o risco de ser vítima da violencia de xénero: as persoas consumidoras de drogas ilícitas distintas dos derivados do cannabis sufriron agresións físicas a mans da súa parella nunha porcentaxe cinco veces superior á das non consumidoras.

4

Propostas para incorporar a perspectiva de xénero aos programas de prevención das drogodependencias

Algunhas das propostas que se mencionan a continuación foron tomadas e adaptadas dunha serie de recomendacións xerais formuladas por diferentes entidades e institucións, entre as que se inclúen o Observatorio da Saúde da Muller do Ministerio de Sanidade e Consumo, o Panel Europeo sobre o Mainstreaming de Xénero (“transversalidade de xénero”) en Saúde, o Grupo de Xénero e Tabaco do Comité Nacional de Prevención do Tabaquismo e a Oficina das Nacións Unidas Contra a Droga e o Delito (ONUDD 2004).





Propostas en materia de **investigación** e **formación**

- É preciso fomentar a investigación sobre cuestións de xénero relacionadas coa saúde e as drogas. Xerar evidencia científica é un dos mellores procedementos para demostrar a necesidade de modificar e mellorar as políticas, facéndoa sensible á perspectiva de xénero. As administracións deben incorporar nas súas investigacións a perspectiva de xénero e incluíla como un dos criterios relevantes para o financiamento de calquera investigación.
- Iso leva consigo establecer programas de formación sobre xénero e drogas destinados tanto ás persoas que investigan como aos responsables das institucións que deciden as propostas de investigación a desenvolver.
- Considérase prioritario o desenvolvemento de investigacións destinadas a coñecer a influencia do xénero nos consumos de drogas, en especial as dirixidas a:
 - **Identificar** os factores asociados ao inicio no consumo de drogas e á continuidade nel de homes e de mulleres, en función dos distintos modelos de roles en que foron educados, e a eficacia e impacto que as diferentes estratexias preventivas teñen en función do xénero.
 - **Afondar** no impacto que os novos roles sociais asumidos por mulleres e homes teñen nos patróns de consumo das distintas drogas.
 - **Coñecer** a influencia do xénero na accesibilidade aos distintos servizos e na eficacia dos tratamentos.
- Os estudos epidemiolóxicos relacionados cos hábitos de consumo de drogas que de forma sistemática levan a cabo diversas institucións (enquisas domiciliarias e escolares do Plan Nacional sobre Drogas, Enquisas dos plans autonómicos sobre drogas, Enquisa Nacional de Saúde do Ministerio de Sanidade e Consumo, etc.) deben incluír nos seus plans de análise a perspectiva de xénero, co fin de achegar resultados detallados que permitan ampliar as actuais evidencias acerca das diferenzas nos patróns de consumo, os factores asociados e as consecuencias derivadas en función do xénero.
- As publicacións destes estudos e os demais mecanismos de difusión dos resultados das investigacións deben incluír puntos específicos para divulgar como o xénero inflúe neles.
- Os sistemas de información sobre drogas, nacionais e autonómicos, deben incluír datos desagregados por sexo e outras variables (ocupación, cargas

familiares, etc.) relacionadas co xénero. En particular, os sistemas de información centrados no control da demanda de drogas (no caso de Galicia, o SEPI) deben integrar a perspectiva de xénero, permitindo a súa visualización no conxunto dos programas de actuación desenvolvidos para previr os consumos de drogas e os riscos e danos asociados ao uso destas substancias.

- Debe promoverse a formación acerca do papel do xénero na situación dos consumos das distintas drogas en homes e mulleres, destinada de forma preferente aos técnicos de prevención e ao persoal sanitario e docente.



Propostas relacionadas coas **políticas**, os **plans** e **programas** en materia de prevención

- As administracións públicas e as entidades privadas deben incluír a perspectiva de xénero no deseño dos programas relacionados coa prevención do consumo de drogas, posto que na práctica o xenérico universal tende a masculinizarse.
- Estas institucións deben utilizar unha linguaxe non sexista na redacción de plans, programas, actividades, conclusións, informes e outros documentos relacionados coas drogas.
- As mulleres atópanse nunha situación de especial vulnerabilidade fronte aos consumos de drogas e os riscos asociados ao uso e abuso destas substancias, polo que se deben deseñar programas específicos para elas, sobre todo para aquelas que están en situacións de especial risco ou vulnerabilidade.
- Os programas preventivos universais deberían ter en conta a perspectiva de xénero, optimizando as intervencións incidindo nos factores de risco e protección que inflúen especificamente sobre as mulleres e os homes.
- Os programas preventivos selectivos e indicados deberían estar deseñados/deberían estar deseñados e indicados? especificamente para as mulleres polas súas diferenzas na etioloxía dos consumos, os seus patróns de consumo de drogas e nas súas consecuencias (BECOÑA, E. 2001).
- Os aspectos psicoafectivos e relacionais son fundamentais á hora de abordar intervencións preventivas (e asistenciais) dirixidas a mulleres.
- Non se pode abordar o xénero de forma descontextualizada da idade. O factor xeracional condiciona os roles en que foron socializados homes e mulleres e establece grandes diferenzas nas motivacións e patróns de consumo de drogas. A adecuación dos programas de prevención á perspectiva de xénero supón desenvolver programas para mozos e mozas novas e para homes e mulleres de idade adulta.
- Os programas de prevención deben incidir nos efectos e consecuencias diferenciais dos consumos de drogas sobre homes e mulleres, máis alá dos que provoca na saúde sexual ou reprodutiva (que non supoñen ningunha ameaza certa ou inmediata para as poboacións adolescentes).
- Os programas de prevención deben explotar as diferenzas que as evidencias científicas apuntan en relación coas motivacións e factores asociados ao consumo e ás consecuencias que derivan destes.

- Un elemento central da prevención desde a perspectiva de xénero debe ser incidir sobre os modelos referenciais de xénero, evitando que as adolescentes e mozas novas imiten sen máis as condutas masculinas, máis proclives á asunción de riscos e a un menor coidado da saúde.
- Os programas de prevención dirixidos á poboación adolescente deben tratar de resaltar unha dobre mensaxe:
 - **Para as mozas**, que a igualdade non se basea en imitar os comportamentos dos homes ou en asumir como propio un modelo ou estereotipo masculino, senón en ter autonomía e capacidade para desenvolver proxectos propios.
 - **Para os mozos**, cuestionando a oportunidade de seguir mantendo os vellos estereotipos da masculinidade, reforzando a idea de que ser home non implica ter que asumir riscos ou manter condutas pouco saudables, senón comportarse de xeito intelixente.
- Os programas de prevención deben procurar contrarrestar a manipulación que das identidades de xénero realiza a publicidade, neutralizando as mensaxes que lles lanza selectivamente a homes e mulleres para reforzar o consumo de bebidas alcohólicas e tabaco.
- Os programas deben incidir na distinta vulnerabilidade aos efectos das drogas de homes e mulleres como estratexia de control dos consumos por parte das mulleres. O impacto das drogas na saúde sexual e reprodutiva debe ser incorporado ás estratexias preventivas dirixidas a mulleres (moi sensibilizadas co tema), aínda que non pode ser a única, nin a máis importante aproximación á perspectiva de xénero.
- Os programas de prevención, en especial os dirixidos a poboación adolescente, deben contrarrestar o mito que presenta as drogas como facilitadoras das relacións sexuais e potenciadoras do pracer sexual.
- Ademais, deben abordar os estereotipos que vinculan o uso de certas drogas (tabaco, cocaína, etc.) coa imaxe corporal, o atractivo físico e sexual e supostos efectos adelgazantes.
- A prevención das prácticas sexuais de risco relacionadas co consumo de drogas debe ter un papel destacado no contexto dos programas de prevención, e implica ter en consideración as consecuencias específicas para as mulleres da exposición a relacións sexuais sen protección.
- Ter presente a especial vulnerabilidade das mulleres fronte aos efectos das drogas nas relacións sexuais e determinadas prácticas de risco.
- Os programas de prevención deben procurar evitar a estigmatización das mulleres que usan ou abusan das drogas.
- Os programas de prevención deben abordar o impacto que os consumos de alcohol ou doutras drogas teñen sobre a violencia de xénero, co fin de reducir a influencia que o abuso destas substancias ten como propiciador da

violencia sobre a parella.

- Deben reforzarse as estratexias de control do consumo de tabaco ou outras drogas durante o embarazo, incorporando a estas a perspectiva de xénero, o que implica (GREAVES L, et al. 2003): a) darlle importancia á saúde da muller desde a etapa previa á concepción ata máis alá do parto; b) excusar as embarazadas utilizando mensaxes de axuda e empatía; e c) traballar na prevención da recaída no consumo. Complementariamente, é necesario contar con protocolos de atención precoz, seguimento e apoio sociosanitario adaptados ás mulleres con consumos problemáticos ou adictas ás drogas.

5

Recensiones bibliográficas

- ARTAZCOZ, L. e BORRELL, C. (2007). "Género y salud". En: Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidade e Consumo.
- BECOÑA, E. e VÁZQUEZ, F. L. (2000). "Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74: 13-23.
- BECOÑA, E. (2001) "¿Es necesaria una aproximación específica sobre las drogodependencias en mujeres?" En: *Jornadas Mujer y Drogas*. Madrid, 21 de diciembre de 2001.
- BLOOMFIELD (2002). "Alcohol Consumption and alcohol Problems among Women in European Countries". En: *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*, Maan, ed., Pabst Science Publishers, Berlín.
- BRUNSWICK, A. MESSERI, P. (1984). "Gender differences in the process leading to cigarette smoking". *J Psicol. Oncology*. 1984; 2:49-69.
- CAMERON, C. BERNARDES, D. (1998). "Gender and disadvantage in health: men's health for a change". *Sociol Health Illn*. 1998; 18: 673-693.
- CREPAZ, N. e MARKS, G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behaviour in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*. 2002, 16: 135-149.
- DE LA CRUZ, M. J. et al. (2002). Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. PERIS, M. (2001). "Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente". *Enf Emerg*. 2001, 3: 184-190.
- GARCÍA, L. e GONZÁLEZ, M. T. (2002). Consumo de sustancias en chicas adolescentes. Las Palmas de Gran Canaria. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- GREAVES, L. et al. (2003). A best practices review smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003.
- HILL, S. Y. (1984). Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women, *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*. Wilsnack, S. C. e Beckman, L. J., editores (Nova York, Guilford Press), pp: 121-154.
- JANÉ, M. et al. (2001). "Epidemiología del tabaquismo. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento". *Prevención del Tabaquismo*, 3, 147-154.
- KAUFMAN, N. J. e NICHTER, M. (2001). "The Marketing of Tobacco To Women: Global Perspectives". En: Samet, J. M.; Yoon, S. Y. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Xenebra: World Health Organization 2001.
- MARSHALL, A. W. et al. (1983). "Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition". *Hepatology*, vol. 3, núm. 5 (1983), pp: 701-706.
- MINISTERIO DE SANIDADE E CONSUMO (2007). Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidade e Consumo. Madrid, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1999). "Are women more vulnerable to alcohol's effects?", *Alcohol Alert*, núm. 46, decembro de 1999.
- ONUDD (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina das Nacións Unidas Contra a Droga e o Delito. Viena.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2005). Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003. Madrid: Observatorio de Saúde da Muller e do SNS, Ministerio de Sanidade e Consumo.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2006). Informe salud y género 2005. Observatorio da Saúde da Muller. Ministerio de Sanidade e Consumo.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2004). Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura: Proyecto GENACIS. Sociedad Española de Toxicomanías. Alacante.
- SÁNCHEZ, L. (2006). La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. Mensajes y contenidos.

- Colección Drogodependencias nº 1. Axencia Antidroga. Comunidade de Madrid.
- TUBERT, S. (2005). "La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres". En: LÓPEZ DÓRIGA, Begoña (compl.). La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Instituto da Muller. Madrid.
- VELASCO, S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente do Diploma de Especialización de Xénero e Saúde Pública. Escola Nacional de Sanidade e Observatorio de Saúde da Muller do Ministerio de Sanidade e Consumo.
- VERBRUGGE, L. M. (1989). "The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality". *J Health Soc Behav.* 1989; 30: 282-304.
- WALDRON I, WEISS CC, HUGHES ME. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav.* 1998; 39: 216-236.
- WIINFIELD, L. et al. (1990). "Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women". *American Journal of Psychiatry,* 1990; 147: 335-341.

6

Glosario

sobre **xénero***

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

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

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

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

Incorporación das cuestións de xénero.

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

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

Intervenciones preventivas sensibles a la perspectiva de género

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



género y drogas

AUTOR

Sánchez Pardo, Lorenzo

GRUPO DE TRABAJO

Bermejo González, Pilar

Cid González, Aurora

Fernández Lamparte, Mónica

Morán Iglesias, Jesús

Platas Ferreiro, Lydia

Diseño e realización:

Krissola diseño, S.L.

D.L.:

1. Introducción	46
2. Objetivos del manual	50
3. Resultados de la investigación: evidencias que avalan la necesidad de incorporar la perspectiva de género a los programas de prevención de las drogodependencias	52
Relacionadas con la salud	53
Relacionadas con las drogas	55
4. Propuestas para incorporar la perspectiva de género a los programas de prevención de las drogodependencias	72
Propuestas en materia de investigación y formación	73
Propuestas relacionadas con las políticas, los planes y programas en materia de prevención	75
5. Reseñas bibliográficas	78
6. Glosario sobre género	82

1

Introducción



El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas, constituyendo un elemento central que debe ser tenido en cuenta en el diseño de las intervenciones preventivas. A pesar de ello, la perspectiva de género no ha sido incorporada a las investigaciones epidemiológicas realizadas en nuestro país y, consecuentemente, a las políticas que se vienen aplicando en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

La influencia que el modelo tradicional de roles femenino y masculino sigue ejerciendo en las percepciones sociales distorsiona el conocimiento y el análisis de la realidad de los consumos de drogas y las drogodependencias. Todavía hoy se siguen interpretando estos comportamientos en clave masculina, considerando que las mujeres siguen un patrón similar al de los hombres. Este sesgo provoca que los programas de prevención de las drogodependencias aborden a sus respectivas poblaciones destinatarias como si fueran un todo monolítico, que compartiera las mismas motivaciones, patrones y problemas en relación con las drogas (las dominantes entre los hombres).

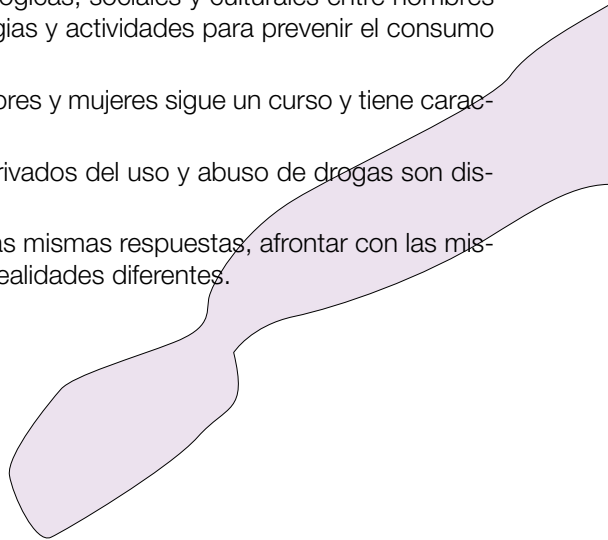
Aunque en los últimos años se han logrado progresos importantes en materia de prevención, entre los que destaca la acumulación de evidencias científicas sobre los factores asociados al uso y abuso de drogas y en relación con la efectividad de los programas de prevención de las drogodependencias, se sabe muy poco sobre la situación diferencial en hombres y mujeres. La ausencia de la perspectiva de género en la investigación epidemiológica de las drogas y en el marco de las evaluaciones realizadas de las estrategias preventivas determina que el conocimiento actual sobre algunas dimensiones claves para el establecimiento de políticas efectivas en materia de prevención sea muy limitado. Esta carencia de conocimientos es especialmente relevante en lo referente a:

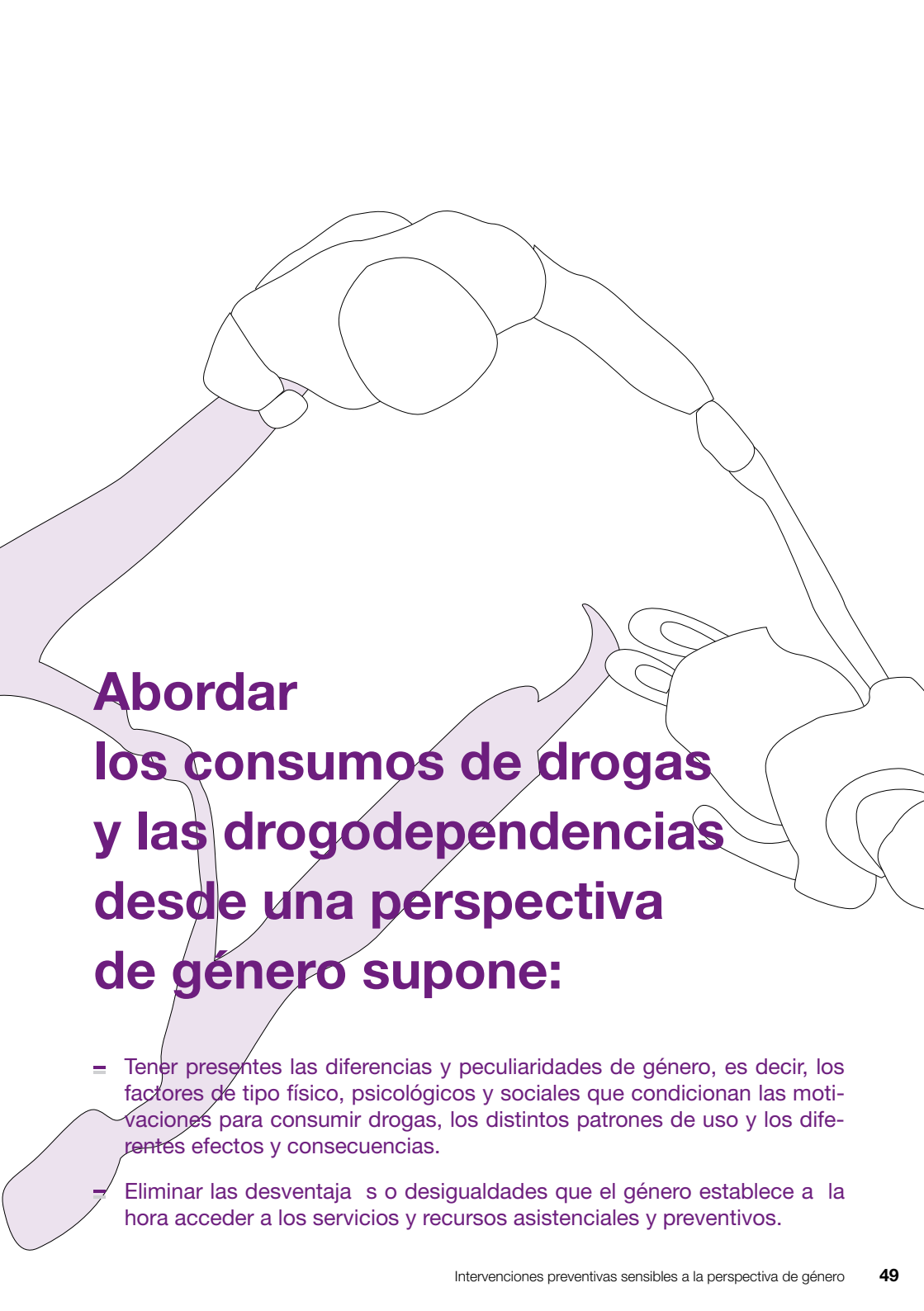
- Los factores asociados o motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.
- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres frente a los consumos de drogas.
- Los factores que determinan la efectividad de las estrategias preventivas con hombres y mujeres (su distinto nivel de éxito).

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

Son múltiples las razones que aconsejan abordar la prevención de las drogodependencias desde una perspectiva de género:

- Hombres y mujeres mantienen relaciones específicas con las drogas, donde, junto a elementos y características comunes o compartidas, es posible observar patrones de consumo diferentes.
- Las motivaciones para iniciarse o mantenerse en el consumo de las distintas drogas no son siempre coincidentes. De hecho, las investigaciones realizadas hasta el momento confirman la existencia de factores de riesgo que favorecen el inicio en el consumo de drogas o su continuidad específicos en hombres y mujeres.
- De igual modo, no todos los factores de protección tienen en el mismo impacto o ejercen la misma influencia en los hombres y las mujeres.
- Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a ellas.
- La adicción a las drogas en hombres y mujeres sigue un curso y tiene características diferentes.
- Los efectos o consecuencias derivados del uso y abuso de drogas son distintos en hombres y mujeres.
- En suma, no es posible ofrecer las mismas respuestas, afrontar con las mismas estrategias e instrumentos realidades diferentes.





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

- Tener presentes las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias.
- Eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a los servicios y recursos asistenciales y preventivos.

2

Objetivos del manual



El manual pretende cubrir dos objetivos básicos:

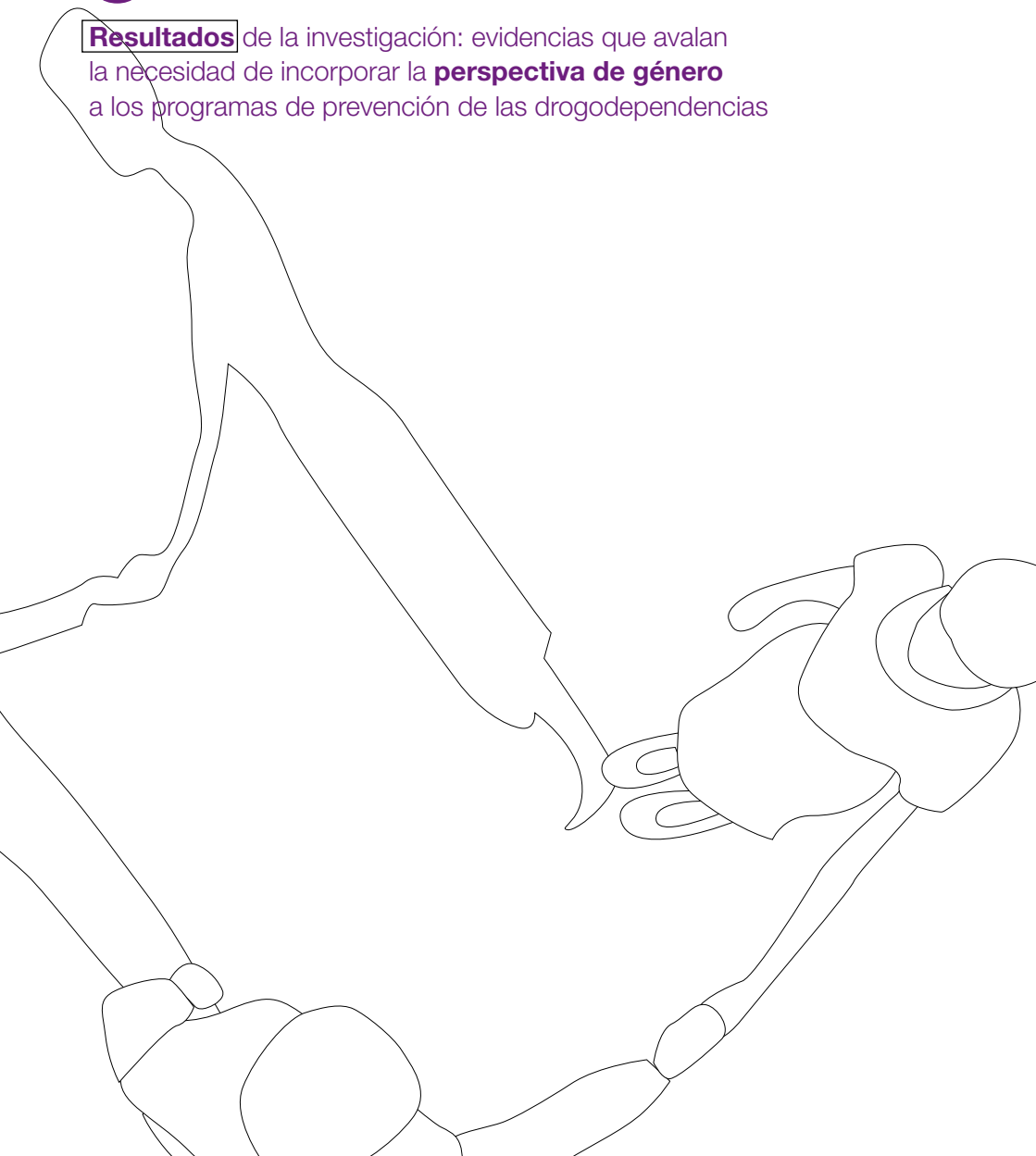
- **Sistematizar** las evidencias científicas disponibles acerca de los factores asociados al uso y/o abuso de drogas en hombres y mujeres y sobre la eficacia diferencial que las distintas estrategias preventivas que se vienen ensayando en el campo de la prevención de las drogodependencias tienen en cada uno de estos colectivos.
- **Establecer** una serie de criterios orientadores generales que, basados en la evidencia y la evaluación de resultados en el campo de la salud, permitan a los profesionales que trabajan en el campo de la prevención incorporar la perspectiva de género al diseño y evaluación de sus actuaciones preventivas, a fin de mejorar su eficacia.

Incorporar la perspectiva de género en el diseño y ejecución de programas de prevención de las drogodependencias implica:

- Incluir en los estudios epidemiológicos a realizar en el campo de las drogodependencias variables, complementarias al sexo, que nos permitan conocer dimensiones sensibles en clave de género (la dependencia emocional, el estado emocional, el tipo de ocupación, la implicación en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, relación familiar o de pareja, actividad sexual, etc.).
- Analizar el distinto grado de vulnerabilidad que frente a los factores de riesgo asociados al consumo tienen hombres y mujeres y en qué medida los modelos de roles de género dominantes en cada grupo de edad (adolescentes/jóvenes y personas adultas) condicionan las diferentes respuestas ante éstos.
- Conocer el distinto tipo de respuesta de hombres y mujeres, jóvenes y adultos, frente a las distintas estrategias preventivas, para ir generando evidencias que permitan seleccionar aquellas que en cada colectivo se muestren más efectivas.
- Modificar los objetivos y contenidos de los programas de prevención, incorporando objetivos y actuaciones dirigidas específicamente para hombres y mujeres o chicos y chicas.
- Modificar los conocimientos y actitudes de los profesionales respecto del género y del lenguaje, para que sea inclusivo de las mujeres.

3

Resultados de la investigación: evidencias que avalan la necesidad de incorporar la **perspectiva de género** a los programas de prevención de las drogodependencias





Relacionadas con la **salud**

- La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas existentes en relación con la salud, como es el hecho de que las mujeres viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres. Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con una posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y conductas de riesgo que originan más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida (VERBRUGGE, L. M. 1989).
- Diversos estudios han documentado que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa, situación que se explica por los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa, entre ellos las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza personal, el contacto y apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas y las experiencias que aumentan la satisfacción personal. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la familia. Estas circunstancias apoyan la hipótesis de «potenciación de rol», según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007).
- En el caso de las mujeres, la asunción de los nuevos roles supone una sobrecarga física y emocional que condiciona negativamente su salud. Está documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras, pero no sobre la de las casadas (WALDRON, I. WEISS, C. C. y HUGHES, M. E. 1998), o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial, lo que parece confirmar que, cuando la carga de trabajo total es alta, compaginar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud.
- El género, las atribuciones que se realizan de los roles femenino y masculino, introduce diferencias en las conductas relacionadas con la salud:
- Las mujeres se preocupan más y aplican más cuidados a su salud que los hombres.
- Los hombres son más proclives a implicarse o participar de conductas que comportan riesgos claros para la salud (comportamientos que conducen a lesiones por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales, etc.).

- El modelo tradicional de masculinidad, que inicialmente podría percibirse como un factor promotor de la salud, en la medida en que permite a los hombres un mayor acceso a los recursos sociosanitarios, tiene en realidad implicaciones negativas sobre la salud (ARTAZCOZ, L. Y BORRELL, C. 2007). Dicho modelo, todavía vigente en nuestra sociedad, implica asumir riesgos para la salud, un condicionante del comportamiento especialmente perceptible entre los adolescentes.
- Asimismo, la socialización en este estereotipo de masculinidad significa resistencia a admitir debilidades, lo que suele asociarse con una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y con un menor uso de los servicios sanitarios cuando son necesarios (CAMERON, C. BERNARDES, D. 1998).
- La coexistencia temporal de los modelos de socialización de género tradicional y contemporáneo provoca que entren en conflicto los ideales de feminidad y masculinidad y la puesta en práctica de estas identidades, lo que incrementa la vulnerabilidad de hombres y mujeres. Este conflicto de roles repercute negativamente en la salud, puesto que provoca la modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos de riesgo que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino (VELASCO, S. 2006).
- La superación del modelo tradicional tiene también repercusiones positivas sobre la salud, facilitando la introducción de cambios que favorecen la protección de la misma. En el caso de las mujeres, consiguiendo autonomía, independencia, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado y el servicio de los demás (MINISTERIO DE SANIDAD y CONSUMO, 2007).



Relacionadas con las **drogas**

Relacionadas con los **significados** y **percepciones** de los consumos

- Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que en el caso de los hombres los consumos son percibidos como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde aparecen asociados a conductas violentas, temerarias o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Las mujeres con problemas de adicción a las drogas soportan una mayor sanción social que los hombres, que se traduce en su estigmatización y en un menor grado de apoyo familiar o social.
- Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, que han sido incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado (ser una buena madre o una buena ama de casa). Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar. Además, deben hacer frente a la incomprensión y el rechazo por parte su entorno social más próximo.
- La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias clínicas que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en el 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.
- La percepción de los consumos en función de género está muy condicionada por el factor generacional. Si entre las personas adultas, en su mayoría educadas en un modelo tradicional de identidades y roles femenino o masculino, el consumo de drogas por parte de las mujeres tiene un marcado grado de rechazo social, no ocurre lo mismo con las generaciones de adolescentes y jóvenes, educados en valores que defienden la igualdad entre hombres y mujeres y que, consecuentemente, ven con normalidad el hecho de que compartan los mismos comportamientos y hábitos.

Relacionadas con los patrones de consumo

- La superación de los roles tradicionales ha supuesto que las mujeres asuman conductas de riesgo (como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas) hasta hace pocas décadas consideradas propias de los hombres, lo que se ha traducido en un incremento sustancial de los consumos femeninos.
- A pesar de este incremento entre las mujeres, los consumos de todas las drogas, con la única excepción de los psicofármacos, siguen siendo muy superiores entre los hombres.
- Los hombres no sólo registran prevalencias de uso de las diferentes drogas más elevadas que las mujeres, sino que consumen mayores cantidades y con una frecuencia superior (los consumos problemáticos y/o de riesgo siguen siendo mucho más prevalentes entre los hombres).
- A diferencia de lo que ocurre en la población adulta, donde los consumos de drogas son claramente superiores entre los varones, entre los adolescentes gallegos se observa una práctica equiparación en los hábitos de consumo entre hombres y mujeres. Chicos y chicas fuman tabaco, beben alcohol (y abusan de él) y mantienen consumos experimentales o esporádicos de cannabis y cocaína en porcentajes similares.
- Las mujeres se inician en el consumo de drogas en edades generalmente algo más avanzadas que los hombres, aunque entre los y las adolescentes estas diferencias son mínimas.
- Algunos estudios (RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. 2005) señalan que entre las mujeres de las clases sociales más altas continúa aumentando la frecuencia de consumidoras de tabaco y de grandes fumadoras. Los motivos de esta situación estarían relacionados con las presiones que recibe este grupo, tanto por cargas estresantes como por modelos de género vigentes que pueden seguir validando el hecho de fumar como recurso estético.
- Mientras que en el caso de los hombres las mayores prevalencias de los consumos de riesgo de alcohol se registran entre las clases sociales menos favorecidas, en las mujeres estos consumos se localizan entre las clases más favorecidas. Esta pauta de consumo de riesgo en función de la clase social en el caso de las mujeres está relacionada, al igual que en el caso del tabaco, con el cambio de las expectativas que supone el modelo actual de género, que facilitaría la adopción de conductas hasta hace poco tiempo consideradas como masculinas (RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. 2006).
- En los últimos años se ha producido un repunte en el uso de tranquilizantes, tanto entre los hombres como entre las mujeres, si bien su consumo sigue siendo sensiblemente superior entre las mujeres, que prácticamente duplican las prevalencias observadas entre los hombres. Las mujeres tienen, además, una mayor tendencia que los hombres a simultanear el consumo de tranquilizantes y de alcohol.

- Los consumos de drogas ilícitas son muy superiores entre los hombres; sin embargo, estas diferencias se acortan, hasta casi desaparecer, en el caso de los adolescentes. No obstante, a partir de los 40 años la presencia de mujeres consumidoras de drogas ilícitas se reduce de forma drástica, hasta alcanzar niveles testimoniales en el caso de sustancias como la cocaína.

Relacionadas con las **motivaciones** y los **factores** asociados al consumo

- Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas drogas o para mantenerlos no son siempre coincidentes, lo cual no significa que no existan elementos motivacionales comunes entre hombres y mujeres, en especial entre los adolescentes, educados en un modelo de roles de género más igualitario.
- Los factores relacionados con los cambios de roles y la definición de la nueva forma de identidad femenina, junto con el elevado nivel de exigencia que ello conlleva (traducido en un creciente nivel de estrés), ejercen una gran influencia en el consumo de drogas por parte de las mujeres, en especial en relación con sustancias como el tabaco, el alcohol y los psicofármacos.
- Existen factores de riesgo y protección específicos para hombres y mujeres.
- Entre los factores de riesgo que las investigaciones realizadas hasta el momento identifican como asociados al consumo de drogas por parte de las mujeres se incluyen:

- Aunque buena parte de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas no son exclusivos de las mujeres, se produce cierta sobreexposición femenina a determinados factores, que inciden sobre las mujeres de forma singular o diferenciada. Un ejemplo es la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, que ha tenido como población diana a las mujeres, en especial a las adolescentes, resaltando la idea de que la conquista de la igualdad de género pasa por la asunción de comportamientos hasta hace poco exclusivos de los hombres.
- Pueden extraerse algunas conclusiones generales en relación con los factores asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres:
 - El importante peso que tienen los consumos como respuesta a determinados estados emocionales o sintomatología negativa de carácter psicológico: las mujeres consumen drogas en gran medida para tratar de manejar o evitar problemas de estrés, ansiedad, etc.
 - El singular impacto que tienen los factores familiares, hecho que estaría relacionado con las mayores dificultades de las mujeres para aislarse/ alejarse de un entorno familiar conflictivo u hostil.
 - La función que los consumos de drogas ejercen como instrumentos facilitadores de la sociabilidad femenina y de su presencia en los espacios públicos.
- Se observan diferencias de género en relación con los factores de protección, algunos de ellos con una mayor influencia sobre las mujeres:
 - Las mujeres, incluidas las adolescentes, tienen una mayor percepción del riesgo asociado al consumo de drogas, lo que les permite desarrollar estrategias de control y evitación de las conductas de uso y/o abuso de drogas.
 - Las mujeres atribuyen mayor valor a la salud, tanto de sí mismas como de las demás personas, lo que hace que mantengan más autocuidados que los hombres.
 - El modelo tradicional de roles, vigente en muchos padres y madres, proporciona un plus adicional de protección frente a las drogas a las chicas, que se concreta en: 1) las actitudes paternas sobre el consumo de drogas por parte de las hijas adolescentes son menos permisivas que en el caso de los hijos varones, 2) se produce un mayor nivel de supervisión y/o control sobre las actividades de las hijas y 3) se produce una mayor restricción a la participación de las chicas en los espacios de ocio nocturno en los que es frecuente observar consumos de las denominadas drogas recreativas.

Relacionadas con las **motivaciones específicas** para consumir las diferentes sustancias



Motivaciones para el consumo de tabaco

- La conquista del ámbito social por las mujeres les exige reproducir las conductas propias de éste; por ello, el tabaco es percibido como símbolo de la independencia femenina y la igualdad entre sexos, identificando su consumo como signo de autonomía, atractivo y éxito social (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007).
- Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes en mujeres y hombres y están profundamente marcados por los roles de género. Mientras que la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación de las chicas, en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones (BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. 2000).
- Se observan diferencias de género en los patrones de consumo de tabaco entre los adolescentes: las chicas fuman más para hacer amistades y establecer relaciones sociales, como forma de rebelarse contra los padres y otras autoridades y para perder peso (GARCÍA, L. y GONZÁLEZ, M. T. 2002).
- La preocupación por la imagen corporal, el control del peso y el afrontamiento del estrés son los factores psicológicos que más influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo femenino (JANÉ, M. et al. 2001).
- Aunque hombres y mujeres fuman para reducir el estrés, los factores desencadenantes son distintos. Mientras que las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, los hombres lo hacen habitualmente para aumentar sensaciones positivas (BRUNSWICK, A. MESSERI, P. 1984, FERNÁNDEZ, E. SCHIAFFINO, A. PERIS, M. 2001).
- También se observan diferencias de género en las motivaciones para seguir fumando. El temor a engordar es, de hecho, uno de los factores que más contribuyen a que las mujeres sigan fumando o se impliquen menos en el abandono de los cigarrillos. Ello se debe a que el estereotipo actual de mujer ideal impone la delgadez, no sólo como requisito estético, sino como vía para alcanzar el éxito social (TUBERT, S. 2005).



Motivaciones para el consumo de alcohol

- 👤 El elemento diferencial perceptible en la etiología de los problemas de abuso de alcohol que afectan a las mujeres es que este tipo de consumos responden, fundamentalmente, a una conducta evasiva frente a situaciones conflictivas o estresantes, relacionadas con ciertos acontecimientos vitales traumáticos y con conflictos y rupturas familiares y/o de pareja, circunstancia que explicaría las importantes tasas de trastornos psiquiátricos presentes entre las mujeres dependientes del alcohol.
- 👤 También entre las adolescentes los motivos del consumo de alcohol se relacionarían con la necesidad de escapar de los problemas, canalizar la frustración y el enfado, así como evitar estados emocionales negativos. Además, las chicas, a diferencia de los chicos, pueden ser introducidas en este consumo por sus parejas sentimentales, las cuales suelen ser de mayor edad. Asimismo, el consumo de alcohol (y tabaco) entre las chicas se ve favorecido por una pobre comunicación familiar.
- 👤 Algunos estudios (BLOOMFIELD, 2002) señalan que el incremento del uso de alcohol en mujeres profesionales tiene que ver con la presión generada por sus compromisos y obligaciones familiares y profesionales, junto con la necesidad de adaptarse a los ambientes hasta hace poco exclusivamente masculinos.
- 👤 Los problemas con el alcohol son mucho más prevalentes entre las mujeres con trastornos psicológicos (con frecuencia se ha señalado la depresión como posible origen del alcoholismo femenino), que han sufrido abusos sexuales durante la infancia (WIINFIELD, L. et al. 1990) o que han sido víctimas de la violencia de género.



Motivaciones para el consumo de tranquilizantes y psicofármacos

- 00 El uso de tranquilizantes y otros psicofármacos (somníferos, ansiolíticos, etc.) se asocia, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, con las tensiones sociales (familiares, laborales, etc.) propias de las sociedades avanzadas. En las mujeres, principales consumidoras de estos productos, las motivaciones se relacionan con la necesidad de evitar cierta sintomatología (estrés, angustia, ansiedad, tristeza o insomnio) que se deriva de sus responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo dentro y fuera del hogar.
- 00 Muchas de las mujeres consideran estas reacciones emocionales ante ciertas circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad, que pretende ser superada con el uso de psicofármacos (DE LA CRUZ, M. J. et al 2002). Se produce, por tanto, una “medicalización del malestar”.



Motivaciones para el consumo de otras drogas

- Numerosos estudios indican que la iniciación en el consumo de drogas por parte de las mujeres se asocia a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como repuesta a situaciones conflictivas a nivel personal o familiar (violencia, abusos, etc.).

Sobre la incidencia diferencial de la publicidad

- La publicidad tiene un papel determinante en los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, al manipular los procesos de identificación personal y de integración grupal. El seguimiento de las estrategias de marketing de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco confirma que los adolescentes y las mujeres son sus principales destinatarios (SÁNCHEZ, L. 2006).
- Las influencias sociales que perciben las mujeres para adaptarse al nuevo rol social que les asigna el moderno modelo de género son utilizadas de forma reiterada por la publicidad, que ha representado un papel determinante en el incremento del consumo de tabaco y alcohol por parte de las mujeres. La publicidad atribuye significados simbólicos al consumo de tabaco, asociándolo a la satisfacción de determinadas necesidades sociales y psicológicas de las mujeres, en su mayoría derivadas de los cambios en los roles de género tradicionales (vitalidad, delgadez, sofisticación o atractivo físico). Mientras que la industria busca atraer a los hombres a través de mensajes ligados a estereotipos de masculinidad, tales como el poder, la riqueza, la fortaleza física o el éxito sexual (KAUFMAN, N. J. y NICTER, M. 2001).
- La publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco integra perfectamente la perspectiva de género, mostrando las contradicciones entre los modelos de roles tradicional y moderno y explotándolas para sus intereses. De hecho, utiliza de forma simultánea o complementaria referencias y estereotipos del moderno modelo de género (cuando se dirige a la población adolescente), llamadas o referencias a romper o superar el modelo tradicional (cuando se dirige a mujeres adultas educadas en un modelo tradicional de feminidad) y referencias a estereotipos del modelo tradicional de masculinidad y feminidad cuando sirven para sus objetivos de fortalecer el consumo de estos productos en hombres y mujeres.
- El análisis de los contenidos y mensajes de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco (SÁNCHEZ, L. 2006) permite comprobar la vigencia de esta triple estrategia basada en la perspectiva de género:
 - Utilización de actrices, modelos y mujeres famosas y con éxito social fumando o bebiendo alcohol, que encarnaban las aspiraciones de muchas mujeres de emancipación y ruptura con unos roles sociales que durante años las situaban en un papel subordinado frente a los varones. El mensaje explícito que se dirige a las mujeres es el de “atrévete”, “da un paso”, mientras que los anuncios asocian el consumo de tabaco o alcohol con la modernidad, la igualdad, la libertad, la emancipación y la independencia femenina.
 - Referencias a las asociaciones con los estereotipos tradicionales de la masculinidad (trasgresión, éxito, virilidad, poder, pasión, etc.) y la feminidad (sensualidad, seducción, sofisticación, glamour, etc.).

- Referencias a una moderna identidad juvenil, basada en la igualdad de chicos y chicas, donde el grupo, la diversión y la trasgresión (que se asocian con el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco), aparecen como componentes básicos de ésta. Las evocaciones que incluye la publicidad dirigida a adolescentes y jóvenes no explota tanto las diferencias de género como el hecho de reforzar una identidad juvenil uniforme, en la que el consumo de estos productos aparece íntimamente asociada al resto de señas que conforman la identidad juvenil: trasgresión, rebeldía, riesgo, aventura, descubrir cosas nuevas, diversión, placer, amistad, sociabilidad, integración grupal, etc.

Sobre la vulnerabilidad a los efectos de las sustancias

- Hombres y mujeres tienen diferentes características físicas, psicológicas y sociales que son la causa del distinto impacto de los consumos de drogas. En general, las mujeres son mucho más vulnerables a los efectos del tabaco, el alcohol, los tranquilizantes y las drogas ilícitas, de manera que con dosis similares experimentan más y más graves efectos asociados al consumo.
- Las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad a los efectos del alcohol y se exponen más que los hombres al riesgo de daños hepáticos (hepatitis y cirrosis), cerebrales y enfermedades cardíacas (MARSHALL, A. W., et al. 1983, HILL, S. Y. 1984, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1999). Factores metabólicos, endocrinos y genéticos provocan que en las mujeres se instauren problemas de alcoholismo en menos tiempo que entre los hombres y que sufran disfunciones cerebrales y desarrollen enfermedades hepáticas y cardíacas de manera más temprana, incluso aunque beban menos que ellos.
- Las drogas tienen una repercusión negativa en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo provoca diversos trastornos asociados a la reducción de la fertilidad, altera el curso del embarazo, causa diversos daños para el feto y el recién nacido y afecta al desarrollo de los hijos e hijas, que se concretan en un mayor riesgo de sufrir trastornos de conducta, problemas emocionales y dificultades en el aprendizaje y las relaciones sociales.
- Otras consecuencias del consumo de drogas en la salud sexual y reproductiva son compartidas por hombres y mujeres, como ocurre con las disfunciones sexuales, las conductas sexuales de riesgo o la transmisión de enfermedades infecciosas.
- La adicción a las drogas plantea graves dificultades para el ejercicio de la maternidad. Las mujeres con consumos problemáticos o trastornos adictivos no siguen unas pautas adecuadas de autocuidados de su salud, pudiendo descuidar su alimentación, la higiene personal, el cumplimiento de ciertos tratamientos médicos o mantener prácticas de riesgo, relacionadas o no con el consumo, que impliquen daños sobre su salud. Su distanciamiento de los servicios sanitarios puede hacer que no conozcan su embarazo hasta varios meses después de producirse éste.
- Las mujeres se ponen en tratamiento para superar los problemas de adicción en menor proporción que los hombres, debido a que encuentran mayores barreras para iniciar el tratamiento: a) cuentan con menos apoyo familiar y social, b) el inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y los hijos menores y c) temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de los hijos.

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

Elementos característicos de las adicciones a drogas presentes en las mujeres

- El comienzo del consumo es algo más tardío.
- Los trastornos adictivos progresan de forma más rápida.
- Consumen menos cantidades que los hombres, pero los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves.
- Sufren de manera singular el impacto de las drogas en la salud sexual y reproductiva.
- Mayor severidad de la adicción.
- Presentan en mayor proporción que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la adicción a las drogas.
- Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.
- La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.
- Mayor probabilidad de tener historia de abuso físico o sexual, de intentos de suicidios y de maltrato físico o psicológico por parte de su pareja.
- Con mayor frecuencia, el inicio del consumo se relaciona con eventos estresantes específicos.
- Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Un menor apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.
- Disponen de menos recursos para acceder a tratamiento.

Sobre el impacto de las drogas en la actividad sexual

- Los mitos y creencias populares que atribuyen al consumo de alcohol u otras drogas la capacidad de actuar como facilitador de las relaciones sexuales y potenciador del placer sexual carecen de base científica. Frente a los supuestos efectos afrodisíacos de las drogas, los estudios científicos confirman que su uso o abuso produce un rápido e intenso deterioro de la actividad sexual.
- Las evidencias científicas atribuyen al consumo crónico de drogas, entre otros, los siguientes efectos sobre la actividad sexual: impotencia sexual en los varones, frigidez, dolor en las relaciones y desinterés por el sexo en las mujeres, y disminución del apetito sexual y ausencia de orgasmos en mujeres y hombres. La base del impacto negativo del consumo de alcohol, tranquilizantes u otras drogas en la actividad sexual reside en el hecho de que estas sustancias disminuyen el impulso sexual y la excitación, inhiben o suprimen la lubricación vaginal en las mujeres y provocan problemas de erección y en la respuesta orgásmica tanto en hombres como en mujeres.
- Las disfunciones sexuales y la insatisfacción sexual asociada al consumo de alcohol u otras drogas refuerza el uso de estas sustancias como una manera inadecuada de afrontar dicha insatisfacción.
- Las conductas sexuales siguen unos marcados patrones de género. A pesar de la liberación sexual conseguida por la mayoría de las mujeres, todavía existen unos condicionantes sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades sexuales y que antepongan el amor y la entrega incondicional a los deseos de la pareja, a la protección y el cuidado de su salud (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007), unos comportamientos que son atribuidos a las desigualdades de género en el poder sobre los encuentros sexuales (CREPAZ, N. y MARKS G. 2002).
- El consumo de alcohol u otras drogas incrementa el riesgo de mantener conductas de riesgo. Su efecto inicial desinhibidor causa la pérdida de control y el deterioro del juicio y de la capacidad de tomar decisiones acertadas, facilita los encuentros sexuales y ciertos comportamientos de riesgo que, de estar en plenitud de condiciones, serían evitados.
- El uso y abuso de alcohol y otras drogas reduce las posibilidades de mantener sexo seguro, dando lugar a diferentes prácticas sexuales de riesgo: olvido o desatención de las medidas de protección (relaciones sexuales sin preservativo), contactos con parejas sexuales ocasionales sin protección, relaciones no deseadas o plenamente consentidas.
- La presencia de estas prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas explica la expansión que están registrando las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias del embarazo, en especial entre el colectivo de adolescentes.

- Las prácticas sexuales de riesgo están generalizadas entre los consumidores de drogas, y de manera especial entre las personas con problemas de adicción, lo que incrementa el riesgo de transmisión/contagio de diferentes enfermedades infecciosas (VIH/sida, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, etc.).
- Un porcentaje relevante de mujeres (y sensiblemente más reducido de hombres) con consumos abusivos de drogas o problemas de adicción recurren a la prostitución para financiarse el consumo o acceden a mantener sexo con parejas ocasionales a cambio de drogas. El ejercicio de la prostitución, además de ilustrar las desigualdades de género que persisten en nuestra sociedad, supone un grave riesgo para la salud de las mujeres que la practican, obligadas a mantener relaciones sexuales de riesgo.

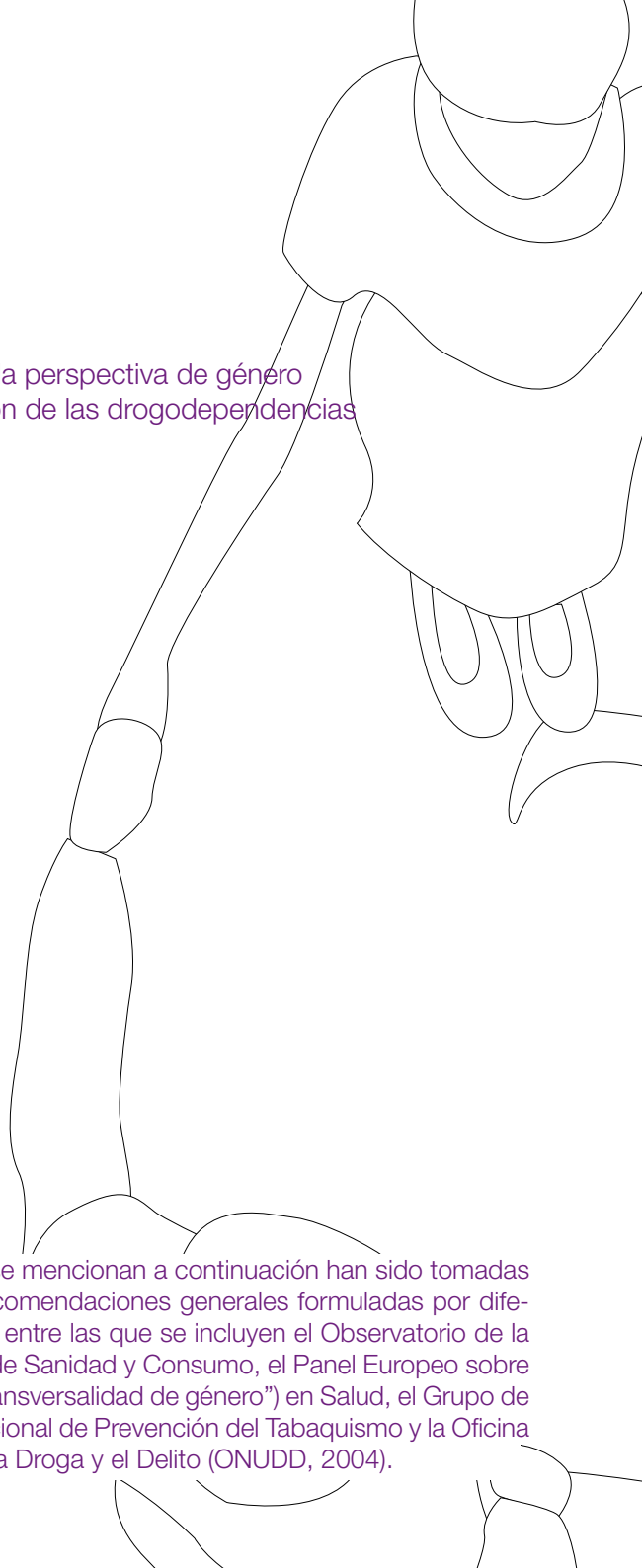
Sobre el impacto de las drogas en la violencia de género

- Numerosas evidencias científicas confirman la relación existente entre el consumo de alcohol, en especial con un patrón abusivo, y la violencia contra la pareja. Un estudio internacional promovido por la Organización Mundial de la Salud (SÁNCHEZ, L. et al. 2004) puso de relieve que:
 - En los momentos previos a los episodios de violencia de género es relativamente habitual que el agresor, la víctima o ambos hubieran bebido alcohol.
 - Existe una asociación positiva entre los niveles de consumo de alcohol por parte de los agresores y la frecuencia de las agresiones infligidas a la pareja: entre los bebedores abusivos la presencia de maltratadores es casi diez veces superior a la registrada entre los abstemios.
 - El abuso de alcohol incrementa sustancialmente el riesgo de ser víctimas de la violencia de género: las personas que beben abusivamente han sufrido agresiones físicas en un porcentaje tres veces superior al de las abstemias.
 - El consumo de drogas ilícitas por parte de los agresores se correlaciona positivamente con la frecuencia de las agresiones infligidas, multiplicándose por diez con respecto a los no consumidores de estas sustancias.
 - Consumir drogas ilícitas incrementa notablemente el riesgo de ser víctima de la violencia de género: las personas consumidoras de drogas ilícitas distintas de los derivados del cannabis sufrieron agresiones físicas a manos de su pareja en un porcentaje cinco veces superior a las no consumidoras.

4

Propuestas para incorporar la perspectiva de género a los programas de prevención de las drogodependencias

Algunas de las propuestas que se mencionan a continuación han sido tomadas y adaptadas de una serie de recomendaciones generales formuladas por diferentes entidades e instituciones, entre las que se incluyen el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Panel Europeo sobre el Mainstreaming de Género (“Transversalidad de género”) en Salud, el Grupo de Género y Tabaco del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004).





Propuestas en materia de **investigación y formación**

- Es preciso fomentar la investigación sobre cuestiones de género relacionadas con la salud y las drogas. Generar evidencia científica es uno de los mejores procedimientos para demostrar la necesidad de modificar y mejorar las políticas, haciéndolas sensibles a la perspectiva de género. Las administraciones deben incorporar en sus investigaciones la perspectiva de género e incluirla como uno de los criterios relevantes para la financiación de cualquier investigación.
- Ello conlleva establecer programas de formación sobre género y drogas destinados tanto a las personas que investigan como a los responsables de los de las instituciones que deciden las propuestas de investigación a desarrollar.
- Se considera prioritario el desarrollo de investigaciones destinadas a conocer la influencia del género en los consumos de drogas, en especial las dirigidas a:
 - **Identificar** los factores asociados al inicio en el consumo de drogas y a su continuidad en hombres y mujeres, en función de los distintos modelos de roles en que han sido educados, y la eficacia e impacto que las diferentes estrategias preventivas tienen en función del género.
 - **Profundizar** en el impacto que los nuevos roles sociales asumidos por mujeres y hombres tienen en los patrones de consumo de las distintas drogas.
 - **Conocer** la influencia del género en la accesibilidad a los distintos servicios y en la eficacia de los tratamientos.
- Los estudios epidemiológicos relacionados con los hábitos de consumo de drogas que de forma sistemática llevan a cabo diversas instituciones (encuestas domiciliarias y escolares del Plan Nacional sobre Drogas, Encuestas de los Planes Autonómicos sobre Drogas, Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, etc.) deben incluir en sus planes de análisis la perspectiva de género, con el fin de aportar resultados detallados que permitan ampliar las actuales evidencias acerca de las diferencias en los patrones de consumo, los factores asociados y las consecuencias derivadas en función del género.
- Las publicaciones de estos estudios y los demás mecanismos de difusión de los resultados de las investigaciones deben incluir apartados específicos para divulgar cómo el género influye en ellos.

- Los sistemas de información sobre drogas, nacionales y autonómicos, deben incluir datos desagregados por sexo y otras variables (ocupación, cargas familiares, etc.) relacionadas con el género. En particular, los sistemas de información centrados en el control de la demanda de drogas (en el caso de Galicia el SEPI) deben integrar la perspectiva de género, permitiendo su visualización en el conjunto de los programas de actuación desarrollados para prevenir los consumos de drogas y los riesgos y daños asociados al uso de estas sustancias.
- Debe promoverse la formación acerca del papel del género en la situación de los consumos de las distintas drogas en hombres y mujeres, destinada de forma preferente a los técnicos de prevención y al personal sanitario y docente.



Propuestas relacionadas con las **políticas**, los **planes** y **programas** en materia de prevención

- Las administraciones públicas y las entidades privadas deben incluir la perspectiva de género en el diseño de los programas relacionados con la prevención del consumo de drogas, puesto que en la práctica el genérico universal tiende a masculinizarse.
- Estas instituciones deben utilizar un lenguaje no sexista en la redacción de planes, programas, actividades, conclusiones, informes y otros documentos relacionados con las drogas.
- Las mujeres se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y los riesgos asociados al uso y abuso de estas sustancias, por lo que deben diseñarse programas específicos para ellas, sobre todo para aquellas que están en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad.
- Los programas preventivos universales deberían tener en cuenta la perspectiva de género, optimizando sus intervenciones incidiendo en los factores de riesgo y protección que influyen específicamente sobre las mujeres y los hombres.
- Los programas preventivos selectivos e indicados deberían estar diseñados específicamente para las mujeres por sus diferencias en la etiología de los consumos, sus patrones de consumo de drogas y en sus consecuencias (BECOÑA, E. 2001).
- Los aspectos psicoafectivos y relacionales son fundamentales a la hora de abordar intervenciones preventivas (y asistenciales) dirigidas a mujeres.
- No se puede abordar el género de forma descontextualizada de la edad. El factor generacional condiciona los roles en que han sido socializados hombres y mujeres y establece grandes diferencias en las motivaciones y patrones de consumo de drogas. La adecuación de los programas de prevención a la perspectiva de género supone implementar programas para chicos y chicas jóvenes y para hombres y mujeres de edad adulta.
- Los programas de prevención deben incidir en los efectos y consecuencias diferenciales de los consumos de drogas sobre hombres y mujeres, más allá de los que provoca en la salud sexual o reproductiva (que no suponen ninguna amenaza cierta o inmediata para las poblaciones adolescentes).

- Los programas de prevención deben explotar las diferencias que las evidencias científicas apuntan en relación con las motivaciones y factores asociados al consumo y a las consecuencias que se derivan de éstos.
- Un elemento central de la prevención desde la perspectiva de género debe ser incidir sobre los modelos referenciales de género, evitando que las adolescentes y chicas jóvenes imiten sin más las conductas masculinas, más proclives a la asunción de riesgos y a un menor cuidado de la salud.
- Los programas de prevención dirigidos a población adolescente deben tratar de resaltar un doble mensaje:
 - **Para las chicas** que la igualdad no se basa en imitar los comportamientos de los hombres o en asumir como propio un modelo o estereotipo masculino, sino en tener autonomía y capacidad para desarrollar proyectos propios.
 - **Para los chicos**, cuestionando la oportunidad de seguir manteniendo los viejos estereotipos de la masculinidad, reforzando la idea de que ser hombre no implica tener que asumir riesgos o mantener conductas poco saludables, sino comportante de manera inteligente.
- Los programas de prevención deben procurar contrarrestar la manipulación que de las identidades de género realiza la publicidad, neutralizando los mensajes que lanza selectivamente a hombres y mujeres para reforzar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
- Los programas deben incidir en la distinta vulnerabilidad a los efectos de las drogas de hombres y mujeres como estrategia de control de los consumos por parte de las mujeres. El impacto de las drogas en la salud sexual y reproductiva debe ser incorporado a las estrategias preventivas dirigidas a mujeres (muy sensibilizadas con el tema), aunque no puede ser la única, ni la más importante aproximación a la perspectiva de género.
- Los programas de prevención, en especial los dirigidos a población adolescente, deben contrarrestar el mito que presenta las drogas como facilitadoras de las relaciones sexuales y potenciadoras del placer sexual.
- Además, deben abordar los estereotipos que vinculan el uso de ciertas drogas (tabaco, cocaína, etc.) con la imagen corporal, el atractivo físico y sexual y supuestos efectos adelgazantes.
- La prevención de las prácticas sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de drogas debe tener un papel destacado en el contexto de los programas de prevención, e implica tener en consideración las consecuencias específicas para las mujeres de la exposición a relaciones sexuales sin protección.
- Tener presente la especial vulnerabilidad de las mujeres frente a los efectos de las drogas en las relaciones sexuales y determinadas prácticas de riesgo.
- Los programas de prevención deben procurar evitar la estigmatización de las mujeres que usan o abusan de las drogas.

- Los programas de prevención deben abordar el impacto que los consumos de alcohol u otras drogas tienen sobre la violencia de género, con el fin de reducir la influencia que el abuso de estas sustancias tiene como propiciador de la violencia sobre la pareja.
- Deben reforzarse las estrategias de control del consumo de tabaco u otras drogas durante el embarazo, incorporando a éstas la perspectiva de género, lo que implica (GREAVES. L. et al. 2003): a) dar importancia a la salud de la mujer desde la etapa previa a la concepción hasta más allá del parto, b) desculpabilizar a las embarazadas utilizando mensajes de ayuda y empatía y c) trabajar en la prevención de la recaída en el consumo. Complementariamente, es necesario contar con protocolos de atención precoz, seguimiento y apoyo sociosanitario adaptados a las mujeres con consumos problemáticos o adictas a drogas.

5

Reseñas bibliográficas

- ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. (2007). "Género y salud". En: Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. (2000). "Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género". *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74: 13-23.
- BECOÑA, E. (2001) "¿Es necesaria una aproximación específica sobre las drogodependencias en mujeres?" En: *Jornadas Mujer y Drogas*. Madrid, 21 de diciembre de 2001.
- BLOOMFIELD (2002). "Alcohol Consumption and alcohol Problems among Women in European Countries". En: *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*, Maan, ed., Pabst Science Publishers, Berlín.
- BRUNSWICK, A. MESSERI, P. (1984). "Gender differences in the process leading to cigarette smoking". *J Psicol. Oncology*. 1984; 2:49-69.
- CAMERON, C. BERNARDES, D. (1998). "Gender and disadvantage in health: men's health for a change". *Social Health Illn*. 1998; 18: 673-693.
- CREPAZ, N. y MARKS, G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behaviour in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*. 2002, 16: 135-149.
- DE LA CRUZ, M. J. et al. (2002). Adicciones ocul-tas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- FERNÁNDEZ, E.; SCHIAFFINO, A.; PERIS, M. (2001). "Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente". *Enf Emerg*. 2001, 3: 184-190.
- GARCÍA, L. y GONZÁLEZ, M. T. (2002). Consumo de sustancias en chicas adolescentes. Las Palmas de Gran Canaria. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- GREAVES, L. et al. (2003). A best practices review smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003.
- HILL, S. Y. (1984). Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women, *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*. Wilsnack, S. C. y Beckman, L. J., editores (Nueva York, Guilford Press), pp: 121-154.
- JANÉ, M. et al. (2001). "Epidemiología del tabaquismo. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento". *Prevención del Tabaquismo*, 3, 147-154.
- KAUFMAN, N. J. y NICTER, M. (2001). "The Marketing of Tobacco To Women: Global Perspectives". En: Samet, J. M.; Yoon, S. Y. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization 2001.
- MARSHALL, A. W. et al. (1983). "Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition". *Hepatology*, vol. 3, núm. 5 (1983), pp: 701-706.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1999). "Are women more vulnerable to alcohol's effects?", *Alcohol Alert*, núm. 46, diciembre de 1999.
- ONUDD (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2005). Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M. et al. (2006). Informe salud y género 2005. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SÁNCHEZ, L. et al. (2004). Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura: Proyecto GENACIS. Sociedad Española de Toxicomanías. Alicante.
- SÁNCHEZ, L. (2006). La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. Mensajes y contenidos. Colección Drogodependencias nº 1. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.

- TUBERT, S. (2005). "La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres". En: LÓPEZ DÓRIGA, Begoña (compl.). La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones. Instituto de la Mujer. Madrid.
- VELASCO, S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- VERBRUGGE, L. M. (1989). "The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality". J Health Soc Behav. 1989; 30: 282-304.
- WALDRON, I.; WEISS, C. C.; HUGHES, M. E. (1998). "Interacting effects of multiple roles on women's health". J Health Soc Behav. 1998; 39: 216-236.
- WIINFIELD, L. et al. (1990). "Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women". American Journal of Psychiatry, 1990; 147: 335-341.

6

Glosario

sobre **género***

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

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

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

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

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

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



ISBN 978-84-453-4711-9



9 788445 347119

