

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS: UN ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD

Iragartze Garai Landaluze



VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

CIP. Biblioteca Universitaria

Garai Landaluze, Iragartze

Mujeres, adicciones y violencias [Recurso electrónico]: un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad / Iragartze Garai Landaluze ; [directora, Leire Imaz Zubiaur]. – Datos. – [Leioa]: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua = Servicio Editorial, [2026]. – 1 recurso en línea: PDF (116 p.)

Modo de acceso: World Wide Web.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-84-1319-763-0

1. Mujeres – Uso de drogas. 2. Conducta compulsiva. 3. Estudios de género. 4. Psicoterapia.
5. Mujeres víctimas de violencia. I. Imaz Zubiaur, Leire, dir.

(0.034)396:613.81/.84

© Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco /
Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua

Directora

Leire Imaz Zubiaur. Departamento Derecho de la Empresa y Derecho Civil.
Profesora Titular de Derecho Civil UPV/EHU. Directora del Máster «Violencias Machistas:
intervención en red»

Autora

Iragartze Garai Landaluze.

ISBN: 978-84-1319-763-0

Ilustración: **Eneko Fullaondo Garcia**

Diseño y maquetación: **Belén Moreno Zaldibar**

Índice

Presentación	5
--------------------	---

Módulo I: Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad

1. Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad	8
2. Los conceptos clave en adicciones desde la perspectiva de género e interseccionalidad: el uso, el abuso y la dependencia	10
2.1. Uso: ritos iniciáticos y primeros consumos	10
3. La dependencia: la delgada línea que separa el bienestar del caos	14
4. La abstinencia, el síndrome de abstinencia y la tolerancia	15
4.1. Abstinencia y síndrome de abstinencia desde la perspectiva de género	16
4.2. Síndrome de abstinencia en bebés de madres drogodependientes	17
5. Sustancias de uso común en la población general y sustancias de uso común en mujeres	18
5.1. Adicciones a sustancias: uso común en la población general	18
5.2. Sustancias de uso común en mujeres	19
5.2.1. Mujeres y consumo de psicofármacos	19
5.2.2. Mujeres y consumo de alcohol	20
5.2.3. Mujeres, alcohol y psicofármacos: el efecto Marilyn Monroe	22
5.3. Adicciones conductuales	23
6. Las mujeres y los usos problemáticos de drogas en relación con la violencia: calle y prisión	24
6.1. La relación de las drogas y la violencia de género	26
7. Mujeres, procesos migratorios y adicciones	28
8. Sexualidades disidentes y adicciones	30

Módulo II. Diagnóstico diferencial con perspectiva de género en las adicciones

1. Introducción	34
2. Los hombres con adicciones ¿quién sujeta?	34
2.1. Hombre adulto heterosexual con adicción y acompañante mujer: un perfil frecuente en los dispositivos de tratamiento	35
2.2. Ser más hijo que padre	39
2.3. La pareja o mujer del adicto	41
2.4. La madre del hombre adicto	43

3. Las mujeres con adicciones: El daño por el mandato de género, la transgresión y el estigma	44
3.1. Mujeres con adicciones que siguen el mandato de género	45
3.2. Mujeres transgresoras que rompen el mandato de género	48
4. Mujeres con adicciones: daño y trauma	50
4.1. El trauma y su relación con las adicciones	50
4.2. La clínica del trauma	52
5. Los trastornos de personalidad y las adicciones desde la perspectiva de género	54
5.1. Diferencias de género en los trastornos de personalidad	55
5.2. Comorbilidad entre Trastorno de personalidad y adicciones: datos clave	55
4.3. La patología dual y su importancia en el tratamiento de las adicciones	56

Módulo III. El abordaje clínico en el tratamiento de las adicciones con metodología basada en la perspectiva de género e interseccionalidad

1. Modalidades de tratamiento	60
1.1. Tratamiento ambulatorio	61
1.2. Centro de día	60
1.3. Centro residencial o comunidad terapéutica	66
2. Principales modelos de intervención en psicoterapia para el tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género	68
2.1. La entrevista motivacional y el modelo transteórico del cambio	68
2.2. Modelo Cognitivo-Conductual (TCC / CBT)	70
2.3. Modelo Sistémico-Familiar	72
2.4. La Terapia Focalizada en la Transferencia	72
2.5. Modelo de Reducción de Daños	73
2.6. Tratamiento farmacológico	74
2.7. Pruebas toxicológicas	75
3. Modalidad de intervención con perspectiva de género	76
3.1. Psicoterapia individual	76
3.2. Psicoterapia familiar	77
3.3. La psicoterapia grupal	78
4. Fases de intervención en el tratamiento de las adicciones	80
4.1. Acogida y evaluación integral	80
4.2. Motivación y preparación para el cambio	80
4.3. Desintoxicación	80
4.4. Deshabitación y cambio de estilo de vida	80
5. Prevención de recaídas y refuerzo de la abstinencia	80

Módulo IV. La violencia institucional hacia las mujeres con adicciones

Introducción	84
1. La violencia de las figuras profesionales	85
2. La violencia de las instituciones públicas	86
3. La violencia atencional en los servicios de salud	88
4. La violencia policial por falta de perspectiva de género	90
5. La violencia jurídica	92

Módulo V. Mapa de recursos de atención a las adicciones: Estado, Euskadi y Bizkaia. Su relación con programas específicos de mujeres o si incluyen perspectiva de género en sus proyectos.

Introducción	96
1. Observatorios y directorios de adicciones en el Estado y en Euskadi	97
2. Entidades y proyectos relevantes a nivel estatal referentes en programas específicos para mujeres y adiccione	98
3. Recursos de tratamiento sanitario y sociosanitario de las adicciones con perspectiva de género clara y programas específicos para mujeres en Bizkaia	100
4. Entidades del Tercer Sector y asociaciones relevantes en Bizkaia vinculadas a las adicciones y si incorporan o no la perspectiva de género	102

Anexos

1. Enlaces de Interés	110
2. Películas, Series y Documentales vinculados a las adicciones	111
3. Bibliografía	112

Presentación

Esta monografía propone un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género, abordando la intersección entre adicciones, género y violencias como un entramado inseparable que condiciona la vida de muchas mujeres. Lejos de considerar el consumo de sustancias como un fenómeno aislado, se plantea un análisis que reconoce la profunda imbricación entre experiencias de violencia de género, trayectorias de consumo y procesos de vulnerabilidad estructural.

A diferencia de los modelos tradicionales de intervención, históricamente diseñados desde y para patrones masculinos de consumo, las mujeres presentan experiencias diferenciadas, con frecuencia atravesadas por violencias físicas, psicológicas, sexuales, económicas, simbólicas o institucionales. Estas violencias no sólo preceden en muchos casos el inicio del consumo, sino que también funcionan como factores de mantenimiento y de recaída, configurando un ciclo complejo que exige respuestas integrales, coordinadas y sensibles al trauma.

Por todo ello resulta imprescindible desarrollar materiales formativos que profundicen en la temática y promuevan miradas críticas capaces de cuestionar los enfoques tradicionales, evidenciar la violencia estructural que enfrentan las mujeres con adicciones y ofrecer claves para una intervención profesional ética, respetuosa y transformadora. Esta monografía aspira a contribuir a ese proceso, ofreciendo contenido actualizado, fundamentado y orientado a fortalecer la práctica profesional desde una perspectiva feminista e interseccional.

«La metodología feminista no solo intenta desvelar una realidad antes ignorada, también tiene el propósito de cambiarla»

Marcela Lagarde y de los Ríos

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS:

un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad



Módulo I

Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad

VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

Índice

Módulo I: Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad

1. Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad	8
2. Los conceptos clave en adicciones desde la perspectiva de género e interseccionalidad: el uso, el abuso y la dependencia	10
2.1. Uso: ritos iniciáticos y primeros consumos	10
3. La dependencia: la delgada línea que separa el bienestar del caos	14
4. La abstinencia, el síndrome de abstinencia y la tolerancia	15
4.1. Abstinencia y síndrome de abstinencia desde la perspectiva de género	16
4.2. Síndrome de abstinencia en bebés de madres drogodependientes	17
5. Sustancias de uso común en la población general y sustancias de uso común en mujeres	18
5.1. Adicciones a sustancias: uso común en la población general	18
5.2. Sustancias de uso común en mujeres	19
5.2.1. Mujeres y consumo de psicofármacos	19
5.2.2. Mujeres y consumo de alcohol	20
5.2.3. Mujeres, alcohol y psicofármacos: el efecto Marilyn Monroe	22
5.3. Adicciones conductuales	23
6. Las mujeres y los usos problemáticos de drogas en relación con la violencia: calle y prisión	24
6.1. La relación de las drogas y la violencia de género	26
7. Mujeres, procesos migratorios y adicciones	28
8. Sexualidades disidentes y adicciones	30

1. Introducción al abordaje de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad

En nuestra cultura, cuando nombramos adicción, nos referimos por lo general a adicción a sustancias tóxicas, psicoestimulantes o drogas, pero la adicción puede implicar otras cosas como necesidad irrefrenable de realizar actividades como el juego, el sexo, las compras, inversiones económicas, internet o el trabajo.

Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Según el DSMV, la adicción se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y *craving.

*En general, según los datos publicados en los diversos observatorios sobre la droga y la toxicomanía (Europeo, Español y Vasco) se confirma que los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina.

La relación con las drogas que mantienen los hombres y las mujeres es diferente. Las razones por las que consumen las mujeres son diferentes a las de los hombres y las consecuencias que sobrevienen del abuso y la dependencia también. Aunque en concreto las mujeres han ido cambiando la forma de relacionarse con ellas debido a factores culturales, sociales y relacionales, el uso continuado de las drogas ilegales continúa siendo mayoritario en los hombres, pero, sin embargo, en el caso de las drogas legales y sobre todo en el uso de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y somníferos) con receta, las mujeres van cogiendo la delantera.

*En ambos casos, tanto para hombres como para mujeres, se aprecia que el consumo abusivo y la adicción son responsables de daños físicos, psíquicos, incluyendo afectación a la capacidad de juicio o comportamiento disfuncional que puede conducir a la incapacidad para mantener relaciones interpersonales o a que estas sean negativas. Así mismo pueden generar toda clase de disfuncionalidades como dificultad para mantener un trabajo o una vida sostenible y sana. Sin embargo, se aprecian diferencias de género reseñables que dañan a las personas de forma distinta según pertenezcan a uno u otro sexo.

Se observan diferencias de género relevantes en la forma en que estos daños se manifiestan y en las consecuencias que implican. Las mujeres, por ejemplo, tienden a experimentar un mayor impacto emocional y relacional, además de cargar con un mayor estigma social por su consumo, mientras que los hombres suelen presentar mayor exposición a contextos de riesgo y conductas impulsivas. Estas diferencias evidencian la necesidad de abordar las adicciones desde una perspectiva de género, reconociendo que los efectos y las trayectorias del consumo no son iguales para todos, sino que están profundamente condicionados por los roles y expectativas sociales asociados a cada sexo. Así mismo, las personas LGTBIQ+ constituyen un grupo especialmente vulnerable al desarrollo de consumos problemáticos y conductas adictivas, no por su orientación sexual o identidad de género en sí mismas, sino por las condiciones sociales, culturales y psicológicas que acompañan su experiencia vital. La discriminación, la homofobia, la transfobia, la violencia simbólica y física, así como la presión por ocultar o justificar la identidad, son factores que pueden generar altos niveles de estrés, ansiedad y sufrimiento emocional. Este contexto puede favorecer el uso de sustancias como forma de afrontamiento o alivio del malestar. Así, una mujer migrante, pobre y lesbiana no experimenta las mismas condiciones de riesgo ni de acceso a recursos que una mujer blanca, de clase media y heterosexual.

Hablar de adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad implica reconocer que el consumo, la dependencia y los procesos de rehabilitación no pueden entenderse de forma aislada del contexto social, cultural y estructural en el que las personas viven. Es decir, las adicciones no afectan a todas las personas por igual: las experiencias, causas, consecuencias y posibilidades de recuperación están profundamente condicionadas por el género, la clase social, la orientación sexual, la etnia, la edad, la discapacidad y otros ejes de desigualdad.

La intervención en adicciones exige, por tanto, una mirada amplia, integral y compleja, que tenga en cuenta la diversidad de experiencias y contextos en los que se desarrolla el consumo. El enfoque de tratamiento de las adicciones debe ser capaz de responder a las distintas casuísticas e individualidades de cada persona y debe llevarse a cabo con perspectiva de género e interseccionalidad.

Este monográfico, propone una aproximación a una metodología terapéutica y social para el tratamiento de las adicciones que incorpora la perspectiva de género e interseccionalidad en la intervención. Esto implica introducir cambios en la metodología, como la implementación de terapias grupales no mixtas, la creación de espacios diferenciados para garantizar la seguridad emocional de mujeres y hombres, y la adopción de acciones específicas que rompen con los modelos tradicionales androcéntricos. De este modo, el género se reconoce como una variable esencial e indispensable para el abordaje terapéutico y el tratamiento de las adicciones.

**La OMS (Organización Mundial de la Salud) es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948 con el objetivo de que todas las personas alcancen el grado máximo de salud posible. Se encarga de coordinar acciones sanitarias internacionales, establecer normas y directrices, combatir enfermedades, y ofrecer apoyo técnico a los países para mejorar sus sistemas de salud pública.*

**El DSM-5 es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la quinta edición publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría en 2013. Es una obra de referencia utilizada por profesionales de la salud mental para diagnosticar y clasificar los trastornos mentales, ofreciendo un lenguaje común y criterios estandarizados para mejorar la práctica clínica, la investigación y la comunicación entre especialistas.*

**craving: en inglés significa antojo. Se define como urgencia intensa de consumo que puede crear malestar físico y psicológico. Es diferente del síndrome de abstinencia.*

**La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados (instituto Deusto de drogodependencias) Aurora Urbano Aljama y Elisabete Arostegi Santamaría.*

**Actualizaciones Clínicas en trastornos adictivos. Juan José Fernandez Miranda, Eduardo Gutiérrez Cienfuegos y Pedro Alberto Marina González.*

2. Los conceptos clave en adicciones desde la perspectiva de género e interseccionalidad: el uso, el abuso y la dependencia

Tradicionalmente, estos términos se han definido desde una mirada médica y androcéntrica, que ha tomado al varón como modelo universal, invisibilizando las experiencias, los cuerpos, las trayectorias y los condicionantes sociales de las mujeres y de otras identidades disidentes.

La edad es un indicador fundamental para distinguir entre uso, abuso y dependencia. No es lo mismo un consumo experimental en la adolescencia que un consumo habitual en la edad adulta, ni pueden interpretarse del mismo modo los motivos y consecuencias en cada etapa vital.

Durante la adolescencia, el consumo de sustancias suele tener un fuerte componente de exploración, pertenencia y construcción de identidad. Es el momento de los llamados ritos iniciáticos, donde el grupo de pares y la necesidad de reconocimiento social tienen un peso determinante. En esta etapa, el uso puede aparecer como una forma de integración en el grupo o de búsqueda de límites, pero también como una estrategia para afrontar inseguridades, ansiedades o presiones externas.

El paso del uso al abuso puede darse de forma imperceptible, especialmente cuando el consumo se convierte en una vía principal para relacionarse, divertirse o aliviar el malestar.

Cuando el consumo se mantiene o intensifica en la edad adulta, suele estar más relacionado con el afrontamiento de situaciones de estrés, precariedad, duelo o soledad. En esta etapa, la dependencia puede consolidarse, sobre todo si el consumo se ha convertido en una herramienta de regulación emocional o de supervivencia ante contextos de vulnerabilidad.

2.1. Uso: ritos iniciáticos y primeros consumos

El uso de las sustancias no ocurre de la nada. La mirada de género nos permite ver que las chicas y los chicos, no realizan los ritos iniciáticos de los consumos de determinadas drogas de la misma forma en nuestra sociedad. El desarrollo físico más rápido en las chicas hace creer que éstas, realizan consumos de tabaco y alcohol a edades más tempranas por cuestiones únicamente fisiológicas. Pero no podemos olvidarnos de poner el foco en la exigencia social y los mandatos de género para las mujeres. Los cuerpos de las niñas son rápidamente sexualizados, no hay más que ver los bikinis con relleno, los push up para niñas y ropa sexy para edades preadolescentes en las tiendas. La exigencia social para estar bellas es abrumadora desde edades muy tempranas. En el espacio virtual, los skin care (cuidado facial), get ready with me (prepárate conmigo) o los trucos y consejos de maquillaje arrasan entre las niñas de 12 y 14 años en las redes sociales, que normalizan conductas adultas y sexualizadas desde muy temprana edad. Es verdad, que las redes sociales y el universo digital, aportan creatividad y permiten desarrollar habilidades artísticas e idear multitud de tareas que fomentan la imaginación en las personas en general. Pero no podemos dejar escapar que hoy día, existe una forma de relacionarse con dichos espacios fácilmente perjudiciales para la salud mental sobre todo de las personas menores de edad. Si no hay conciencia de límite y relación saludable con ello, se aprende de manera inmediata, valores e ideas que antes de la era de internet, era muy difícil que llegaran y menos, de una forma tan rápida y descontrolada. En general, la población menor está expuesta a una especie de abrumadora realidad donde la información llega a digerirse como la comida basura y los precocinados, rápido y de mala calidad. La información se recibe fragmentada y se traga sin descanso un montón de contenido poco valioso y ni siquiera contrastado, de forma habitual. Internet para muchos jóvenes

se está convirtiendo en una especie de Burguer King de contenidos digitales que no nutren, sino que más bien obstaculizan el desarrollo correspondiente. y frenan la capacidad de reflexión. Y como era de esperar en este frenético contexto, los espacios digitales no están exentos de la influencia de los mandatos de género.

Los entornos virtuales se han convertido en escenarios donde estos mandatos se reproducen, se amplifican y adquieren nuevas formas. La presencia constante en lo digital genera una exposición permanente a modelos de belleza, éxito y felicidad que, en su mayoría, responden a estereotipos profundamente patriarcales.

En las chicas, esta exposición se traduce muchas veces en una autoobservación constante. Las redes invitan a mostrar el cuerpo, a compararse, a filtrar la imagen hasta alcanzar un ideal que rara vez coincide con la realidad. Este proceso alimenta la inseguridad, la búsqueda de aprobación y la necesidad de validación externa, configurando un terreno fértil para la ansiedad, la baja autoestima y, en algunos casos, para el uso de sustancias como forma de sobrellevar la presión.

Los chicos, por su parte, también están atravesados por estos mandatos, aunque de forma diferente. En su caso, la exigencia suele centrarse en demostrar fortaleza, éxito o dominio. En los espacios digitales, esto puede expresarse a través de la competencia, el control o la exposición a contenidos que refuerzan una masculinidad hegemónica basada en el poder o la insensibilidad emocional. Estos modelos también son nocivos, ya que promueven la negación del malestar y dificultan la búsqueda de ayuda cuando aparece un problema de consumo o de salud mental. Los entornos virtuales también refuerzan la idea de que los hombres deben ser duros, proveedores, exitosos y económicamente potentes lo que les expone a contenidos muy concretos como webs de apostar dinero, crypto negocios, gimnasios virtuales, tipos duros y con intención de dominar sobre todo a las mujeres, es aquí donde encontramos espacios virtuales para los cryptobro, gymbro, Men de la rue (MDLR)... y todo un tropel de conceptos nuevos con sus plataformas propias para nutrir el patriarcado desde internet.

Las redes sociales funcionan, así como nuevos espacios de socialización, donde se construyen identidades y se experimentan formas de pertenencia. Pero también son espacios de vigilancia, juicio y comparación. En este contexto, no es casual que muchas chicas aprendan a vincular su valor con la imagen y los likes, mientras que muchos chicos aprendan a demostrar su valía a través del riesgo, la transgresión o el consumo.

Cuando los chicos se lanzan a probar y entran los ritos iniciáticos de consumos de sustancias lo suelen hacer más por la camaradería, al reconocimiento y al estatus dentro del grupo. Ser «el que más aguanta» o «el que más se atreve» otorga un valor simbólico que refuerza la identidad masculina dentro de la fratría. En ese contexto, negarse a consumir puede interpretarse como una debilidad o una falta de hombría, lo que contribuye a mantener dinámicas de presión grupal y de validación mutua a través del consumo. Esta actividad encuentra gran refuerzo en las redes sociales que están repletas de reels, tik toks y demás metralla que invita a imitar ritos iniciáticos de drogas de la manera más absurda, graciosa o peligrosa posible.

Por el contrario, cuando las chicas se inician en el consumo, las motivaciones y los contextos suelen ser distintos. En muchos casos, el consumo no responde tanto a la búsqueda de poder o riesgo, sino a la necesidad de pertenencia, aceptación o conexión emocional. Las chicas

pueden iniciarse en el consumo acompañando a su grupo de pares, a una pareja o como forma de adaptarse a entornos donde el consumo es habitual. Sin embargo, las consecuencias sociales para ellas son muy diferentes: mientras que en los chicos se tiende a normalizar, en las chicas se castiga o se juzga con dureza, reforzando el estigma y la culpa.

Hoy en día, en los jóvenes, sobre todo, no podemos separar la vida virtual de la vida real a la hora de hablar de consumos y de conducta humana, ya que lo uno está influenciado por lo otro y ambas, la vida offline y la vida online, se confunden y se mezclan fácilmente.

Así mismo, los propios dispositivos digitales se vuelven adictivos y vivimos en una sociedad que no para de consumir a través de las pantallas y sobre todo a través de los móviles. Parece que hoy día las pantallas están educando más que las familias y no siempre de la forma más saludable.

Al hablar de uso tenemos que valorar ciertos criterios que deben cumplirse para diferenciarse del abuso y no siempre es fácil saber dónde están los límites de cada uno.

*Sentido clínico de «uso» en el ámbito de las adicciones

Uso se refiere al consumo ocasional o experimental de una sustancia o una conducta sin que, en principio, se produzcan consecuencias negativas significativas ni se cumplan de adicción.

- Puede tratarse de un consumo recreativo, social o puntual.
- La persona mantiene el control sobre cuándo, cuánto y en qué contexto consume.
- No hay dependencia física ni psicológica, ni una afectación importante en las áreas de la vida (laboral, familiar, emocional, etc.).

Así, desde la perspectiva de género, el uso no es solo una cuestión de cantidad o frecuencia, sino también de significado y contexto social. Implica analizar:

- Qué lugar ocupa el consumo en la identidad de la persona.
- Qué mandatos o presiones lo sostienen.
- Cómo se percibe y se juzga ese uso según el género.

El abuso: en medio de la vorágine

Cuando incorporamos la mirada de género, el concepto de abuso adquiere nuevos matices.

El abuso no se explica solo por la cantidad de consumo, sino por las condiciones sociales, emocionales y simbólicas que lo sostienen.

En los hombres, el abuso suele estar vinculado a mandatos de virilidad, competitividad o resistencia al dolor. Se premia el «aguante», la capacidad de control o el «soportar» sin mostrar vulnerabilidad. Esto dificulta reconocer el problema o pedir ayuda.

En el caso de los hombres es habitual reconocer un estrago en el consumo o incluso jactarse de haber ingerido mucha cantidad para que se vea bien que el aguante es mayor que el de otros. En muchos casos, se ve que las personas que muestran mayor aguante a las drogas tienen mucho más riesgo de padecer adicciones, porque precisamente este aguante hace que consuman más y con más frecuencia. Sin embargo, las personas que tienen malas experiencias de buenas a primeras y que no toleran con facilidad las drogas, suelen tender a alejarse de ellas. Aunque este patrón no siempre se cumpla, el aguante puede considerarse un indicador de riesgo cuando se trata de consumo de drogas.

En las mujeres, el abuso puede surgir como una respuesta al malestar, la sobrecarga emocional o la violencia. A menudo se trata de consumos solitarios, invisibles, en contextos de culpa o vergüenza. Las mujeres suelen tender a tapar el abuso de sustancias porque en ellas se lee de una forma diferente. Cuando una mujer abusa recibe una sanción social desde el momento en que esto se percibe, lo que hace que se esmere en ocultarlo. Las mujeres tienen cuidado de salir a la calle solas o consumir sin control y abusar porque esto les expone directamente a poder recibir violencia de todo tipo. En primer lugar, a ser percibidas como alguien no deseable, lo que atenta directamente contra el primer mandato femenino de la belleza, siempre estar guapas y arregladas. En segundo lugar, porque una mujer bajo los efectos de las drogas se encuentra en peligro de ser agredida sexualmente porque este comportamiento se lee como algo descuidado en ella.

Cuando una mujer consume, la sociedad tiende a interpretar ese acto como una falta de autocontrol, de responsabilidad o de decoro. En una agresión sexual, se considera que «ella se lo ha buscado» o que «no cuidó de sí misma». Esta mirada culpabilizadora convierte el consumo en un argumento para justificar o minimizar las agresiones sexuales. En cambio, un hombre bajo los mismos efectos raramente es responsabilizado de la violencia que pueda sufrir o generar, pudiendo llegar a ser incluso atenuante el ir bajo los efectos de sustancias al cometer actos delictivos.

A los hombres se les permite o se les justifica el exceso mientras que a las mujeres se les penaliza y se las estigmatiza por salirse del mandato del autocontrol y del cuidado.

En **términos clínicos**, el abuso se refiere a un uso problemático o excesivo de una sustancia o conducta, que comienza a generar consecuencias negativas en la vida de la persona, aunque todavía no exista una dependencia establecida.

- La persona pierde parte del control sobre la frecuencia o la cantidad de consumo.
- Empiezan a aparecer repercusiones físicas, psicológicas, sociales o familiares.
- El consumo deja de ser ocasional o recreativo y se convierte en un comportamiento que interfiere con otras áreas de la vida (trabajo, estudios, relaciones, salud, etc.).

En esta fase, la sustancia puede funcionar como mecanismo de afrontamiento o de escape ante el malestar, y aunque la persona aún mantiene cierta capacidad de decisión, el consumo ya ocupa un espacio central en su rutina o en su forma de relacionarse.

3. La dependencia: la delgada línea que separa el bienestar del caos

Cuando aplicamos una mirada feminista e interseccional, la dependencia adquiere significados diferentes según el género, la clase social, la edad o la posición cultural.

En las mujeres, la dependencia suele estar atravesada por historias de violencias, pérdidas, sobrecargas emocionales o desigualdades acumuladas y sobre todo trauma, mucho trauma. No siempre se trata de una búsqueda de placer, sino más bien de alivio o de escape. Muchas mujeres consumen para soportar, para aguantar, para seguir funcionando.

La sociedad, sin embargo, tiende a interpretar esa dependencia como una doble falta, falta de control personal y falta de cumplimiento del rol de género (cuidadora, madre, pareja, hija responsable).

*Biológicamente, las mujeres pueden desarrollar adicción más rápidamente que los hombres incluso con niveles similares de consumo, a esto se le llama *efecto telescopio. La forma en que metabolizan ciertas sustancias, junto con factores hormonales, puede intensificar los efectos tanto agradables como perjudiciales, aumentando el riesgo de dependencia y daño físico.*

Socialmente, la mujer enfrenta un doble desafío: la adicción y el estigma. En muchos contextos se juzga con mayor dureza a una mujer que presenta problemas de consumo, particularmente si es madre. Esto puede llevar a ocultar la situación, retrasar la búsqueda de ayuda o asumir la carga en silencio por miedo a ser criticada, discriminada o separada de sus hijos.

En los hombres, la dependencia también está moldeada por los mandatos de la masculinidad. La idea de «aguantar», de «poder con todo» o de «no necesitar ayuda» puede prolongar el consumo y dificultar la búsqueda de apoyo. En su caso, la dependencia a menudo se oculta tras una apariencia de control o de normalidad.

La dependencia es la fase en la que el consumo de una sustancia o conducta adictiva deja de estar bajo el control de la persona y pasa a dominar su cotidianidad, su pensamiento y su cuerpo. No se trata únicamente de una cuestión de voluntad, sino de un proceso complejo que involucra factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales.

Desde un punto de vista clínico, la dependencia se caracteriza por:

- Tolerancia, es decir, la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para lograr el mismo efecto.
- Síndrome de abstinencia, que aparece cuando se interrumpe o reduce el consumo.
- Pérdida de control, donde el deseo o la necesidad de consumir se impone incluso ante las consecuencias negativas.
- Interferencia significativa en la vida personal, familiar, laboral y social.

Pero más allá de los criterios diagnósticos, la dependencia debe entenderse como una forma de relación con la sustancia o conducta que cumple una función dentro de la historia vital de la persona. El consumo deja de ser una elección y pasa a ser una estrategia de supervivencia, una manera de regular el dolor, el vacío o la falta de sentido.

***Efecto telescopio:** el consumo en mujeres evoluciona más rápido hacia un patrón problemático o dependiente. Esto no implica que consuman más o peor, sino que el tiempo entre «probar» y desarrollar adicción suele ser más corto.

4. La abstinencia, el síndrome de abstinencia y la tolerancia

*En el ámbito de las adicciones, la tolerancia se define clásicamente como el fenómeno por el cual la persona necesita mayores cantidades de una sustancia para alcanzar el mismo efecto que obtenía inicialmente. Este proceso tiene un componente fisiológico, el cuerpo se adapta a la presencia de la sustancia y un componente psicológico relacionado con la expectativa del efecto y el aprendizaje de consumo.

Desde una mirada de género, la tolerancia no puede entenderse únicamente desde lo biológico, sino que también debe considerarse en relación con los mandatos sociales, la construcción de la identidad y la exposición diferencial al consumo:

Las mujeres suelen metabolizar ciertas sustancias de manera diferente a los hombres, lo que puede influir en la rapidez con la que se desarrolla la tolerancia. Por ejemplo, la composición corporal (mayor proporción de grasa, menor agua corporal) o el ciclo hormonal pueden afectar la forma en que los fármacos o drogas actúan en su organismo. Esto significa que una misma dosis puede producir efectos más intensos o prolongados en mujeres, y que la tolerancia se desarrolla de manera distinta según el sexo biológico.

La socialización de género influye en cómo y cuándo se consumen sustancias. Por ejemplo, las mujeres pueden enfrentar mayor estigmatización al consumir, lo que limita sus contextos de consumo y puede retrasar o modificar la construcción de la tolerancia.

Por el contrario, los hombres pueden ser socializados para asumir riesgos o para consumir como parte de rituales sociales, lo que acelera el desarrollo de tolerancia y normaliza el uso.

La tolerancia también está mediada por funciones emocionales y relacionales. En mujeres, la búsqueda de alivio ante el estrés, la sobrecarga de responsabilidades o la violencia de género puede hacer que el consumo se convierta en un mecanismo de supervivencia. Esto interactúa con la tolerancia, porque la dosis necesaria no solo responde a la fisiología, sino también a la intensidad del malestar emocional.

Otros factores como la edad, la etnia, la clase social o la exposición a violencias afectan el desarrollo de la tolerancia y la progresión hacia el abuso o la dependencia. Por ejemplo, una joven que vive en un contexto de discriminación o violencia puede desarrollar tolerancia más rápidamente a ciertos estupefacientes como forma de adaptación al estrés.

4.1. Abstinencia y síndrome de abstinencia desde la perspectiva de género

*En el ámbito de las adicciones, la abstinencia se refiere a la suspensión del consumo de una sustancia a la que el organismo se ha acostumbrado. Cuando esta suspensión provoca síntomas físicos o psicológicos de malestar, hablamos de síndrome de abstinencia. Los síntomas pueden variar según la sustancia, la duración del consumo y la intensidad de la dependencia, e incluyen ansiedad, irritabilidad, insomnio, temblores, dolor físico o alteraciones emocionales profundas.

Desde una perspectiva de género, tanto la abstinencia como el síndrome de abstinencia no son fenómenos únicamente biológicos, sino que interactúan con las experiencias sociales, culturales y emocionales de las personas.

La fisiología femenina puede influir en la intensidad de los síntomas de abstinencia. Por ejemplo, las variaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual, el embarazo o la menopausia pueden modificar la forma en que el organismo responde a la falta de la sustancia. La composición corporal y la metabolización de ciertos fármacos o drogas también condicionan la velocidad y severidad de los síntomas.

La abstinencia puede generar un malestar emocional intenso, especialmente en mujeres que enfrentan estrés crónico, violencia de género, sobrecarga de responsabilidades familiares o dependencia emocional. La experiencia de abstinencia no se limita a lo físico: la falta de sustancias puede desestabilizar vínculos afectivos, generar ansiedad por el cuidado de otros y amplificar sentimientos de culpa o incompetencia, intensificando el malestar.

La estigmatización del consumo femenino puede hacer que las mujeres oculten sus síntomas o retrasen la búsqueda de ayuda, aumentando la sensación de aislamiento durante el proceso de abstinencia.

En conclusión, la abstinencia femenina no puede entenderse únicamente como un proceso físico de «desintoxicación»: es un proceso integral, profundamente influido por las estructuras de género, los mandatos sociales y las experiencias emocionales que rodean la vida de la mujer. Reconocer esta complejidad es esencial para diseñar intervenciones efectivas y sensibles.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11): Trastornos debidos al consumo de sustancias o comportamientos adictivos*. Ginebra: OMS.

American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado). Washington, D.C.: APA.

Plan nacional sobre drogas: Ministerio de Sanidad (2018). *Glosario de términos sobre drogas y adicciones*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

4.2. Síndrome de abstinencia en bebés de madres drogodependientes

*El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es un conjunto de signos y síntomas que aparecen en el recién nacido tras la exposición intrauterina a determinadas sustancias psicoactivas principalmente opiáceos, aunque también benzodiacepinas, alcohol o estimulantes y la posterior interrupción del suministro al nacer. Se manifiesta por alteraciones neurológicas, gastrointestinales, respiratorias y autonómicas, como irritabilidad, llanto inconsolable, temblores, dificultades para alimentarse, vómitos, diarrea o crisis convulsivas.

Desde una perspectiva de género, es fundamental analizar este fenómeno más allá del componente biomédico. Las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias suelen enfrentar una fuerte estigmatización social y sanitaria, lo que en muchos casos les aleja de los servicios de salud o les expone a intervenciones coercitivas y punitivas. El miedo a perder la custodia del bebé o a ser juzgadas por su consumo actúa como una barrera significativa para buscar ayuda durante el embarazo.

Por ello, la atención a las mujeres embarazadas drogodependientes requiere de un enfoque integral, interdisciplinar y libre de juicios morales. Es necesario ofrecer acompañamiento desde la atención primaria y los servicios de salud mental y adicciones, con especial atención a la prevención del consumo durante el embarazo, la detección temprana del síndrome de abstinencia neonatal y el apoyo tanto al recién nacido como a la madre en el vínculo afectivo posnatal.

Incorporar la perspectiva de género en la atención de estos casos implica reconocer las condiciones estructurales pobreza, exclusión, violencia, falta de redes de apoyo que atraviesan la vida de muchas de estas mujeres, y diseñar respuestas que prioricen el cuidado, la salud y la no criminalización.

**Hudak, M. L., & Tan, R. C. (2012). Neonatal Drug Withdrawal. Pediatrics, 129(2), e540–e560. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3212>*

Artículo clínico clásico que describe el síndrome de abstinencia neonatal, su fisiopatología y tratamiento.

**Nuria Romo Avilés (Universidad de Granada) Romo-Avilés, N., & Legaz-Cervantes, F. (2023). Intervención en drogodependencias con perspectiva de género. Navarra: Aranzadi Thomson Reuters. Aporta el análisis feminista sobre maternidad, adicciones y estigma, para contextualizar el síndrome de abstinencia neonatal en clave de género.*

5. Sustancias de uso común en la población general y sustancias de uso común en mujeres

Las adicciones pueden generarse por sustancias o por comportamientos, y en ambos casos el mecanismo es similar: el cerebro asocia una actividad o sustancia con una recompensa intensa obteniendo grandes dosis de dopamina (neurotransmisor que se encarga de llevar mensajes a las moléculas) que circulan por su circuito de recompensa (placer, alivio del malestar, escape del estrés, etc.), y acaba buscando repetir compulsivamente, incluso cuando hay consecuencias negativas.

Las adicciones se clasifican, por tanto, en dos categorías:

5.1. Adicciones **a sustancias**

5.2. Adicciones **conductuales** (sin sustancia)

5.1. Adicciones a sustancias: uso común en la población general

Se entiende por droga cualquier sustancia química que cuando entra en el organismo altera el sistema nervioso central. Las drogas se clasifican en depresoras, estimulantes y alucinógenas o perturbadoras del sistema nervioso central.

Las sustancias principales y de uso común son el alcohol, el tabaco y los medicamentos. Estas son las drogas legales responsables de las adicciones más extendidas entre la población general.

Por otro lado, están las drogas ilegales que se encuentran en el mercado negro. Las más frecuentes son: cannabis, cocaína, anfetaminas, Ketamina, MDMA (éxtasis), heroína, alucinógenos (LSD, hongos, etc.)

TIPO DE DROGA	EFFECTO PRINCIPAL EN EL SNC	EJEMPLOS	EFFECTOS CARACTERÍSTICOS	RIESGOS PRINCIPALES
Depresoras	Disminuyen la actividad cerebral	Alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos, opiáceos (heroína, morfina), inhalantes	Relajación, somnolencia, euforia leve, desinhibición	Dependencia física, sobredosis, depresión respiratoria, coma
Estimulantes	Aumentan la actividad cerebral	Cocaína, anfetaminas, metanfetamina, nicotina, cafeína, MDMA	Euforia, energía, disminución del apetito y sueño, aumento del ritmo cardíaco	Ansiedad, paranoia, arritmias, agotamiento físico y mental
Alucinógenas (perturbadoras)	Alteran la percepción, los sentidos y el pensamiento	LSD, hongos (psilocibina), mescalina, DMT, ketamina, cannabis	Alucinaciones, distorsión del tiempo y el espacio, experiencias sensoriales intensas	Crisis de pánico, «mal viaje», brotes psicóticos, accidentes

**Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD Juventud): Recursos educativos y preventivos sobre drogas y adicciones. <https://fad.es/>*

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España – Plan Nacional sobre Drogas (PNSD): Guía sobre drogas y adicciones: clasificación, efectos y riesgos .

<https://pnsd.sanidad.gob.es>

<https://energycontrol.org/> Energy Control es un programa de intervención desde la reducción de riesgos en el ámbito de los consumos recreativos de drogas de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

** VIII plan de adicciones de Euskadi*

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/VIII_plan_adicciones/es_def/adjuntos/Euskadiko_Adikzioen_VIII_Plana_2023-2027-gaztelera.pdf

5.2. Sustancias de uso común en mujeres

5.2.1. Mujeres y consumo de psicofármacos

En Europa se observa una clara tendencia hacia la medicalización del malestar femenino. Los mismos síntomas que, en los hombres, suelen abordarse mediante recomendaciones de ejercicio físico, descanso o actividades recreativas, en las mujeres reciben una respuesta predominantemente farmacológica. A ellas se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos como la depresión o la ansiedad, y suelen ser medicadas de manera rápida, sin una exploración profunda de las causas sociales, emocionales o estructurales que generan su malestar y en muchos casos estos diagnósticos se realizan directamente desde atención primaria, sin derivación a un tratamiento especializado y sin una evaluación clínica profunda.

En la edad adulta, resulta poco común encontrar una mujer que no tenga prescrito algún hipnosedante o ansiolítico para dormir mejor o sobrellevar la carga diaria. Detrás de esta tendencia se esconden razones no siempre transparentes, relacionadas con factores culturales y de género: la falta de tiempo para el autocuidado debido a la sobrecarga de tareas domésticas y de cuidados; la invisibilización del sufrimiento emocional femenino; la presión social por mantener el equilibrio entre los distintos roles asignados; y la tendencia del sistema sanitario a ofrecer soluciones rápidas frente a problemas complejos que, en realidad, requieren una intervención psicosocial y estructural.

De este modo, la medicalización se convierte en una forma de silenciar los malestares derivados de las desigualdades de género, transformando un problema social en una cuestión individual y biológica.

Según *Euskadi.eus (portal oficial Gobierno Vasco), cuando se habla de la dependencia a determinadas sustancias, a menudo no se consideran los fármacos de uso médico que, consumidos de forma desproporcionada, pueden causar un proceso adictivo relevante y difícil de controlar. Entre ellos se encuentran los utilizados para reducir la ansiedad (ansiolíticos) o para inducir el sueño (hipnóticos), como las benzodiacepinas.

Con frecuencia, para aliviar el malestar emocional se recurre directamente a la medicación. Sin embargo, cuando este uso no se realiza bajo un control adecuado, y además no se acompaña de un tratamiento psicológico que aborde la causa del problema, se corre un alto riesgo de desarrollar una adicción a los psicofármacos.

*Las investigaciones actuales apuntan que “ser mujer” se asocia con un tipo determinado de morbilidad psiquiátrica y con una mayor probabilidad de recibir prescripción de psicofármacos. Mientras que los síntomas más visibles, asociados a los hombres, suelen recibir atención inmediata, los malestares vinculados a los riesgos estructurales y emocionales del hecho de ser mujer suelen pasar desapercibidos o medicalizar sin un abordaje integral.

En este contexto, la prescripción indiscriminada y el consumo no controlado de psicofármacos se ha convertido en una práctica extendida entre las mujeres de nuestra sociedad. En definitiva, los psicofármacos se han convertido en el único tipo de sustancia socialmente aceptada para mitigar los malestares emocionales de muchas mujeres, ocultando bajo un tratamiento médico la raíz social y de género de su sufrimiento. *Los psicofármacos aparecen entonces como la solución rápida y eficaz. Son legales, autorizados por el sistema, privados, baratos y sin estigma. Nada que rompa con lo establecido. Además, permiten seguir sosteniendo la situación. Pero están lejos de solucionar la raíz del problema.

***EADADES:** Hipnosedantes • El consumo de hipnosedantes con o sin receta se ha incrementado de nuevo continuando con la tendencia creciente iniciada en 2018 hasta un 6 27,4% en 2024. En 2024 el 12,0% de las personas de 15 a 64 años los ha consumido en los últimos 12 meses, y la proporción de consumo es mayor entre las mujeres (14,7%) que entre los hombres (9,3%).

**EADADES 2024 Resumen ejecutivo Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*

** Guía Mujeres y psicofármacos. Análisis con perspectiva de género*

https://www.gizakia.org/sites/default/files/2025-11/Gu%C3%ADa%20Adicciones_CAST.pdf

5.2.2. Mujeres y consumo de alcohol

El alcohol es la droga legal más consumida en nuestra cultura seguido por el tabaco. Ambas drogas y su consumo prolongado son la causa de la mayoría de las muertes por enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepáticas y diversos tipos de cáncer, además de causar graves repercusiones sociales, familiares y psicológicas.

Aun así, su consumo está extendido y normalizado de manera que prácticamente todas las celebraciones van acompañadas de alcohol. Es la única droga cuya incitación a tomarla está normalizada y la presión social es muy elevada cuando se trata de actos sociales, eventos, juergas o encuentros de cualquier tipo. Así mismo, el alcohol está presente casi siempre, acompañando a otros consumos de drogas promoviendo el consumo de sustancias incluso siendo la puerta de

entrada para el comienzo del consumo de drogas ilegales. Tal es la minimización de sus efectos que muy poca gente se plantea dejar el alcohol cuando se somete a tratamiento por considerarlo inofensivo. Se piensa que el problema son las otras drogas, el alcohol no.

Sin embargo, el alcohol es una de las drogas con efectos más potentes y desestabilizantes entre todas las sustancias psicoactivas existentes. A pesar de su carácter legal y su amplia aceptación social, su impacto sobre el sistema nervioso central es profundo, afectando la percepción, el juicio, el control de los impulsos y el estado emocional. Su consumo continuado puede generar graves alteraciones físicas, psicológicas y relacionales, además de una fuerte dependencia que suele pasar inadvertida debido a la normalización cultural del beber.

*A nivel clínico, las mujeres desarrollan dependencia al alcohol en menos tiempo y con menores cantidades que los hombres, debido a diferencias metabólicas, hormonales y fisiológicas. Su organismo contiene menos agua corporal y una menor cantidad de la enzima alcohol deshidrogenasa, encargada de metabolizar el alcohol en el hígado. Esto provoca que, ante un mismo consumo, las concentraciones de alcohol en sangre sean más altas y sus efectos más intensos y duraderos.

*Estas diferencias biológicas hacen que el daño orgánico aparezca antes: se observa una mayor vulnerabilidad hepática (hepatitis alcohólica y cirrosis), alteraciones neurológicas, cardiovasculares y un aumento significativo del riesgo de desarrollar determinados tipos de cáncer, especialmente de mama y de hígado. En el plano neuropsicológico, las mujeres presentan una mayor incidencia de deterioro cognitivo y alteraciones de memoria en fases más tempranas del consumo crónico.

*A nivel psicológico, el alcoholismo femenino se asocia con una alta comorbilidad con trastornos afectivos, ansiedad, trauma complejo y sintomatología disociativa. La relación entre el consumo y las emociones suele ser más directa: muchas mujeres beben para regular el malestar, calmar la angustia o silenciar recuerdos dolorosos.

**Plan Nacional sobre Drogas (España). Ministerio de Sanidad (2020). Informe sobre alcohol, género y salud. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*

**Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: OMS.*

**Romo-Avilés, N., & Legaz-Cervantes, F. (2023). Intervención en drogodependencias con perspectiva de género. Navarra: Aranzadi Thomson Reuters.*

5.2.3. Mujeres, alcohol y psicofármacos: el efecto Marilyn Monroe

Marilyn Monroe, uno de los grandes mitos de Hollywood, conocida por sus papeles de “rubia explosiva” cuya imagen se convirtió en un símbolo sexual de la década de 1950 y principios de los años 60, continúa siendo referente de la moda, sensualidad y fuente de inspiración de varios artistas contemporáneos. (Judith Vives 2022). Sin embargo, tras la fachada de glamour y éxito se escondía una mujer profundamente vulnerable o, mejor dicho, vulnerada, marcada por la inseguridad, la soledad y el sufrimiento emocional, cuya vida terminó de forma trágica a causa de una sobredosis de barbitúricos.

El caso de Marilyn Monroe representa lo que podríamos denominar el *efecto Marilyn*: la conjunción entre el consumo de alcohol y psicofármacos en mujeres, frecuentemente asociado al malestar emocional, la presión social y la exigencia estética. Este fenómeno no es solo un problema médico, sino también social y cultural, ya que refleja cómo, el ideal de belleza y la carga emocional atribuida a las mujeres puede favorecer el uso y abuso de sustancias como una forma de anestesiar el dolor o mantener una imagen de control.

A las mujeres siempre se les ha prescrito más medicación psicotrópica, ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos que a los hombres. La sobre-medicalización ha funcionado, en muchos casos, como una forma de silenciar el malestar derivado de las desigualdades estructurales, la violencia de género o la sobrecarga de cuidados. Cuando estos psicofármacos se combinan con alcohol, los efectos pueden ser devastadores: incrementan el riesgo de dependencia, deterioro cognitivo, depresión y sobredosis.

El *efecto Marilyn* simboliza, por tanto, la cara oculta del sufrimiento femenino bajo la apariencia de éxito, autocontrol o belleza. Muchas mujeres recurren a sustancias legales, alcohol y psicofármacos, para sobrellevar el cansancio emocional, la frustración o la sensación de vacío, en una sociedad que continúa exigiéndoles perfección, disponibilidad y fortaleza. Detrás del consumo hay, con frecuencia, una historia de dolor no reconocido y de silencios impuestos.

Hoy día, la medicalización del sufrimiento femenino continúa profundamente normalizada e incluso, en muchos casos, bien vista socialmente. Tener una medicación prescrita, especialmente psicofármacos, confiere una apariencia de legitimidad al consumo, pero conlleva el riesgo de un uso inadecuado o dependiente. Las conocidas “*medicaciones de rescate*” como el Lorazepam se convierten con frecuencia en drogas difíciles de controlar para muchas mujeres que, ante un estado anímico desbordante o una situación emocional que se percibe como insoportable, recurren a ellas para salir del paso.

Quien se toma una pastilla, se toma dos, buscando una calma que parece inalcanzable por otros medios. Tras el efecto sedante, llega una sensación de alivio y de control momentáneo, una falsa seguridad que permite “funcionar” y salir a la calle, retomar la rutina o incluso socializar. Es entonces cuando el consumo de psicofármacos se combina con el alcohol potenciando los efectos de ambas: la ronda de poteo con la cuadrilla o el encuentro social se transforma en un espacio donde estas sustancias se mezclan sin conciencia de peligro.

La combinación de benzodiacepinas y alcohol, ambos depresores del sistema nervioso central, produce un efecto de somnolencia, lentitud psicomotora y desconexión emocional que, al principio, se vive como descanso o alivio, pero que rápidamente genera tolerancia y dependencia. El cuerpo y la mente se acostumbran, y cada vez se necesita más cantidad para alcanzar el mismo efecto.

Cuando el consumo se hace evidente, cuando los demás empiezan a notar los olvidos, el cansancio o el embotamiento, muchas mujeres pasan a un segundo plano más invisible: consumir solas, en casa y en silencio. Este aislamiento agrava el sufrimiento, rompe los vínculos y multiplica el riesgo de sobredosis accidentales o de estados prolongados de sedación. Tras horas adormecidas y semiconscientes, el despertar suele ir acompañado de una intensa sensación de culpa, vacío y malestar físico, lo que, paradójicamente, refuerza el ciclo de consumo.

Este patrón, cada vez más común, muestra cómo el dolor emocional de muchas mujeres es gestionado mediante fármacos y alcohol, en lugar de ser comprendido y atendido desde una perspectiva terapéutica, social y de género. Sin tener en cuenta lo que origina el dolor o lo que hay detrás de la sintomatología, las mujeres son rápidamente medicadas para que sigan funcionando.

Esta mezcla explosiva es muy peligrosa ya que puede causar pérdida de consciencia, caídas, golpes, mareos e incluso la muerte por sobredosis y parada cardiorrespiratoria.

5.3. Adicciones conductuales

*Las adicciones conductuales comparten con las adicciones químicas los mismos mecanismos psicológicos y neurobiológicos: búsqueda de placer o alivio, pérdida progresiva de control, tolerancia, abstinencia emocional y consecuencias negativas en distintas áreas de la vida. En todos los casos, la persona repite la conducta a pesar de los daños que ésta le ocasiona, desarrollando una relación de dependencia psicológica con el comportamiento adictivo.

*Desde una perspectiva de género, resulta fundamental analizar cómo las adicciones sin sustancia se manifiestan de manera diferente en mujeres y hombres. Las mujeres tienden a desarrollar con mayor frecuencia adicciones más invisibles y socialmente aceptadas, como las compras compulsivas, la adicción a las redes sociales, al amor o a las relaciones dependientes, mientras que los hombres presentan con más frecuencia conductas como la ludopatía, el uso problemático de la pornografía o las apuestas deportivas.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2010). *Adicciones sin drogas: Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

*Las adicciones conductuales y sin sustancia, también llamadas adicciones comportamentales o no químicas, se dan cuando una persona desarrolla una dependencia hacia una actividad que activa los mismos circuitos cerebrales del placer que las drogas.

Adicciones al juego y al consumo

- Ludopatía (juego patológico o apuestas)
- Compras compulsivas
- Trading o inversiones compulsivas online

Adicciones emocionales o relacionales

- Dependencia emocional
- Adicción al sexo o a la pornografía
- Búsqueda compulsiva de pareja o validación afectiva

Otras conductas adictivas

- Ejercicio físico compulsivo (vigorexia)
- Comida o atracones (trastorno por atracón, adicción a ciertos alimentos ultraprocesados)
- *Trabajo compulsivo (workaholism)*

**Tratamiento psicológico de la adicción al juego online. UNAD y Universidad Valenciana: file:///C:/Users/igaray/Downloads/1571729228_manual_unad_tratamiento_adicciones_juego_online.pdf*

** Arostegui-Santamaria; E. Martínez-Redondo, P; Moro, A. (2021). Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico: la visibilización de las mujeres en el contexto tradicional y de las prácticas juveniles en el panorama tecnológico. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid.*

6. Las mujeres y los usos problemáticos de drogas en relación con la violencia: calle y prisión

Las drogas y la violencia son dos problemáticas que suelen retroalimentarse mutuamente. El consumo puede aumentar la vulnerabilidad ante situaciones de violencia, mientras que la exposición a la violencia puede favorecer el uso o abuso de sustancias como forma de afrontamiento. Esta interacción incrementa de manera exponencial la probabilidad de revictimización y, al mismo tiempo, el riesgo de desarrollar comportamientos adictivos.

Por ejemplo, las mujeres drogodependientes que sufren violencia de género no suelen experimentarla de una única fuente. Con frecuencia, la violencia se presenta a lo largo de su ciclo vital ejercida por distintas figuras significativas: el padre en la infancia, hermanos durante la adolescencia o parejas en la edad adulta, camellos, o puteros entre otros. Esta continuidad de la violencia en sus diversas formas: física, económica, psicológica, sexual o simbólica contribuye a reforzar situaciones de vulnerabilidad y a consolidar patrones relacionales basados en el control, la dependencia y el sometimiento.

Tampoco podemos obviar que un alto porcentaje de mujeres drogodependientes ha sufrido experiencias de trauma como abusos sexuales o agresiones, abandono y negligencia... lo que hace que estén expuestas a sufrir estrés post traumático e incluso desarrollar trastornos mentales fruto del trauma.

Si tomamos como ejemplo la vida de una mujer en situación de calle, suele estar marcada por una cadena de violencias que se acumula hasta convertirse en una maraña difícil de romper. Para muchas, la calle no fue un destino elegido, sino la última etapa de un camino atravesado por el abandono, la pobreza y, con frecuencia, la violencia. Antes de llegar allí, muchas ya habían vivido agresiones físicas, psicológicas o sexuales, situaciones que dejan cicatrices profundas y que condicionan la forma en que sobreviven.

En ese contexto, el consumo de drogas aparece a menudo como una herramienta de resistencia más que como un vicio. Para algunas mujeres, las sustancias se convierten en un mecanismo para calmar la ansiedad, dormir en medio del miedo, soportar el frío o, simplemente, desconectar del dolor. Con el tiempo, esa forma de alivio puede transformarse en dependencia, atrapándolas en un ciclo que se alimenta de sus propias carencias.

La calle, lejos de ofrecer refugio, amplifica los riesgos. La violencia se vuelve cotidiana: agresiones de desconocidos, explotación por parte de redes ilegales, relaciones de pareja marcadas por el control y el miedo, intercambios forzados para obtener protección o alimento. Dormir, alimentarse, mantener la higiene o acceder a atención médica se vuelve un desafío constante. Y, pese a atravesar experiencias tan duras, muchas mujeres evitan pedir ayuda por temor al juicio, la discriminación o la posibilidad de perder la custodia de sus hijos e hijas si los tienen.

Otro espacio de violencia para las mujeres es, sin duda alguna: la prisión. Detrás de las mujeres en situación de cárcel, no suele haber grandes redes criminales, sino historias personales marcadas por pobreza, dependencia emocional, violencia y falta de oportunidades. La cárcel es, muchas veces, la consecuencia final de un sistema que falló antes de llegar a ellas.

Para numerosas mujeres privadas de libertad, el vínculo con las drogas no comienza con el delito, sino con la necesidad. Algunas consumían como forma de anestesiar el dolor derivado de años de abusos, abandono o violencia doméstica; otras entraron en el mundo del microtráfico presionadas por parejas, familiares o entornos peligrosos. Las dinámicas de control y manipulación afectan de forma particular a las mujeres, que con frecuencia asumen los riesgos más altos dentro de las cadenas delictivas y reciben, sin embargo, las cuotas más bajas de poder dentro de las organizaciones de narcotráfico.

La violencia, tanto previa como posterior, atraviesa sus historias. Muchas mujeres llegan a prisión después de haber sufrido agresiones físicas, sexuales o psicológicas durante gran parte de su vida. Una vez dentro, aunque existen normas para garantizar su seguridad, la realidad penitenciaria puede seguir exponiéndoles a tensión, miedo, castigos desproporcionados o dinámicas de poder internas. Además, la separación de sus hijos e hijas, si los tienen, añade un dolor adicional que no siempre recibe acompañamiento adecuado.

En prisión, las mujeres que consumen drogas enfrentan retos específicos. La abstinencia puede ser tratada de manera insuficiente, y no siempre hay acceso a programas de salud mental o adicciones diseñados con perspectiva de género. Sin apoyo terapéutico, la dependencia continúa en silencio, arraigada en el trauma que no se ha trabajado.

Aun así, la cárcel también puede convertirse en un punto de inflexión. Cuando existen programas educativos, atención psicológica especializada, tratamiento para adicciones y espacios seguros entre mujeres, muchas encuentran la posibilidad de reconstruir su historia y empezar a sanar. Pero para que esto ocurra, es necesario un enfoque que entienda sus vivencias no como fallas morales, sino como el resultado de múltiples vulneraciones.

Hablar de mujeres en prisión, drogas y violencia es hablar de desigualdad, trauma e incluso abandono institucional. Pero también es hablar de resiliencia. De mujeres que, aun cargando con vidas difíciles, siguen buscando una salida, una voz, una oportunidad real de ser escuchadas y tratadas con dignidad.

*En cuanto a las drogas y las consecuencias del abuso en el cuerpo de una mujer ocurren antes y son de mayor intensidad que en los hombres. Sin embargo, las mujeres buscan tratamiento más tarde que ellos por lo que llegan en situación de mayor deterioro en todos los niveles y tras haber sufrido todo tipo de violencia y así, el tratamiento se torna mucho más complejo.

En el caso de las mujeres que tienen problemas de abusos de drogas y sobreviven a violencias sobre todo agresiones de carácter físico y sexual, tienen una serie de problemas físicos específicos que incluyen consecuencias en su estructura músculo esquelética, en tejidos blandos, traumas genitales y derivas de otro tipo (P. Martínez Redondo y E. Arostegi Santamaría)

El uso de droga de manera inyectada, la situación de prostitución, las relaciones sexuales sin protección y la infección por VIH constituyen, entre otras problemáticas, algunas de las más graves experiencias que las mujeres drogodependientes padecen, lo que puede llevarlos a ligarse al círculo de la adicción de manera crónica.

6.1. La relación de las drogas y la violencia de género

La relación entre las drogas y la violencia de género es compleja y bidireccional. En muchos casos, el consumo de sustancias puede aumentar la exposición de las mujeres a situaciones de violencia, y al mismo tiempo, la experiencia de la violencia puede conducir al consumo como una estrategia de afrontamiento ante el dolor físico o emocional. Es importante resaltar que la violencia de género en todas sus caras (física, sexual, psicológica, simbólica, económica) calificada como “grave o severa” está presente casi siempre entre las mujeres drogodependientes y así mismo, la sistematización de la violencia de género normalizada.

Las mujeres llegan a los recursos asistenciales con problemáticas variadas y complejas habiendo cronificado la adicción y tarde, sobre todo tarde.

Mujeres en situación de prostitución y trata, mujeres con abuso sexual continuado en la infancia por parte de familiares o allegados, agresiones sexuales en múltiples ocasiones, mujeres drogodependientes embarazadas, mujeres con custodia retirada, mujeres en prisión. Todas ellas comparten historias atravesadas por la violencia, la desigualdad y la exclusión social. En muchos de estos casos, el consumo de sustancias aparece no como una causa, sino como una consecuencia del sufrimiento acumulado, una forma de anestesiar el dolor y sobrevivir en contextos profundamente hostiles y multi problemáticos. Son juzgadas, invisibilizadas y muchas veces responsabilizadas de su propia situación. Sin embargo, cuando se analizan sus trayectorias desde una mirada interseccional, se evidencia que las violencias sufridas, las carencias afectivas, la pobreza o la falta de redes de apoyo son factores determinantes que configuran su relación con las drogas y su proceso de recuperación.

La mayoría de las veces las mujeres en esta situación necesitan resolver problemas más inmediatos y graves que la droga. Necesitan vivienda, ser apartadas o alejadas de los círculos de maltrato, encontrar vínculos afectivos no dañinos y necesitan acompañamiento y protección.

Los recursos asistenciales no cesan en su empeño de exigir la abstinencia como una condición indispensable para iniciar un tratamiento y, sobre todo, para mantenerse en él. Pero es importante destacar, que la abstinencia o la relación más sana con los consumos llega cuando los demás factores también mejoran. Cuando las mujeres drogodependientes encuentran espacios donde sanar y donde acompañar sus soledades, empiezan a cambiar su relación con las drogas de forma natural, siendo más fácil proponer acciones de consecución de la abstinencia o la prevención de recaídas.

Una mujer dependiente de una droga o de una conducta adictiva es en sí una mujer que ha fallado al mandato. Sin embargo, una mujer dependiente de una pareja es leída como algo positivo, siempre y cuando entre dentro de la ecuación de cuidadora y sacrificada. La dependencia emocional en las mujeres es un factor que aparece asociado a la dependencia a las sustancias generalmente. Bien sea porque la dependencia emocional genera sufrimiento o malestar o porque no apacigua el dolor de un vacío interno que se presenta cuando la mujer está soltera. Ambas dependencias coexisten y se retroalimentan.

Desde la perspectiva de género, esto no es casual. A las mujeres se nos ha socializado históricamente para vincular nuestra identidad y nuestro valor personal con el amor, la pareja y el cuidado del otro. Desde muy temprana edad, los mandatos afectivos enseñan que ser amada, acompañada o necesitada por alguien constituye una forma de validación. Esta construcción genera una dependencia relacional que puede provocar un fuerte malestar cuando no se cumple el ideal del amor romántico o cuando la mujer se encuentra sola.

Las mujeres sufren dependencia en vínculos maltratantes y está asociado al consumo de drogas para aliviar el estrés que provoca el círculo del maltrato. Cuando hablamos de adicción a los malos tratos, no nos referimos a un gusto o una elección consciente por el sufrimiento, sino a un vínculo traumático que se establece entre la víctima y el agresor, sostenido por mecanismos psicológicos y sociales muy complejos*.

**Carmen Ruiz Repullo explica esta idea de forma concisa. Su especialización es la violencia de género en adolescentes y jóvenes, así como la educación en igualdad, la coeducación y la prevención de la violencia sexual.*

[Pepa y Pepe. La escalera cíclica de la violencia de género en la adolescencia](#)

Desde una mirada clínica, puede entenderse como una forma de dependencia emocional y afectiva, en la que el maltrato, aunque genera daño, se convierte en el único vínculo conocido, el único modo posible de sentirse conectada o valorada. Esta dinámica se mantiene por un ciclo de refuerzos intermitentes: momentos de violencia seguidos de aparente calma, disculpas o gestos de afecto. Ese vaivén emocional genera confusión y una fuerte necesidad de retener los momentos “buenos”, lo que refuerza la permanencia en la relación. Esto mismo, se asemeja en realidad a la relación que cualquier persona puede tener con la cocaína o los porros, salvando las distancias. La dependencia a las sustancias es parecida a mantener una relación de maltrato, pero de la propia persona hacia sí misma.

Hablar de dependencia con perspectiva de género conlleva resaltar la dependencia a las relaciones afectivo-sexuales en las mujeres lo que está también fuertemente vinculado a los consumos de drogas.

*Sin embargo, en casos de maltrato de género hay que señalar la dependencia que viene por parte del maltratador. Generalmente es él quien más necesita a la víctima para maltratarla. La fuerte dependencia emocional que tiene el individuo maltratador hacia la víctima hace que no le deje ir. Ella suele tender a pensar que le necesita a él, pero la realidad es que al revés es más fuerte la dependencia una vez que se identifica y se dan claves terapéuticas para salir del maltrato.

**Juan Manuel Carrillo Ríos. Bubok Publishing, 2016. Estudio que profundiza en la psicología del maltratador, incluyendo factores de dependencia emocional, abuso de sustancias y control.*

La fuerte vinculación a las relaciones dependenciales en cuya base están los malos tratos, se suceden los episodios traumáticos y las historias de trauma continuado y complejo.

Las mujeres con historias de trauma complejo suelen presentar mayores dificultades para confiar, establecer vínculos saludables o sostener procesos terapéuticos prolongados. Por ello, los programas de atención a las adicciones deben incorporar la perspectiva del trauma y el género de manera transversal, ofreciendo espacios seguros, libres de juicios, donde se priorice la validación de la experiencia, la reparación del daño y la recuperación del sentido de control sobre la propia vida.

Solo a través de una intervención sensible al trauma es posible comprender el consumo como un síntoma de un sufrimiento más profundo, y acompañar verdaderamente a las mujeres en su proceso de sanación y empoderamiento.

**Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres.*

Patricia Martínez Redondo y Elisabete Arostegui Santamaría

7. Mujeres, procesos migratorios y adicciones

Las mujeres migrantes constituyen un grupo especialmente vulnerable frente a las adicciones, debido a la confluencia de múltiples factores de riesgo relacionados con la migración, el género y la exclusión social. Los procesos migratorios implican con frecuencia duelos múltiples por la tierra, la lengua, la familia, la cultura, el estatus social o las redes de apoyo que pueden generar un profundo malestar emocional. En este contexto, el consumo de sustancias puede aparecer como una forma de aliviar la ansiedad, la soledad o el dolor derivados de la adaptación a un entorno nuevo y muchas veces hostil.

Desde una mirada interseccional, se observa que las mujeres migradas no solo enfrentan las desigualdades de género comunes, sino también el racismo, la precariedad laboral, la falta de acceso a servicios de salud y la violencia institucional. Estas condiciones incrementan su vulnerabilidad y dificultan el acceso a recursos de prevención y tratamiento, especialmente cuando existen barreras idiomáticas o administrativas.

*Las mujeres migradas que se encuentran en situación de trata o explotación sexual constituyen uno de los grupos más vulnerables dentro del ámbito de las adicciones. La intersección entre migración, género, violencia y consumo de sustancias crea un entramado complejo de sufrimiento. En muchos casos, el consumo de drogas no precede a la trata, sino que aparece como consecuencia directa de la violencia, la coacción o la explotación. Las redes de trata suelen utilizar las sustancias como herramienta de control: las mujeres son inducidas o forzadas a consumir para soportar las jornadas de explotación, reducir el miedo, el dolor físico o la disociación emocional, o bien para mantener la dependencia hacia los tratantes. En otros casos, el consumo surge como una estrategia de afrontamiento ante el trauma, la soledad, la pérdida o la culpa derivada de las experiencias vividas.

Estas mujeres suelen arrastrar historias previas de violencia familiar, pobreza, abuso sexual o exclusión, tanto en su país de origen como en el proceso migratorio. Una vez en el país de destino, se enfrentan a múltiples barreras: falta de documentación, miedo a la deportación, desconocimiento del idioma, racismo institucional y ausencia de redes de apoyo. Todo ello contribuye a su invisibilidad y a la dificultad de acceder a recursos de salud o de atención a las adicciones.

Desde una perspectiva de género e interseccional, es imprescindible reconocer que las mujeres migradas en situación de trata o explotación no son únicamente víctimas pasivas, sino sujetos con historias, identidades y resistencias. La intervención debe centrarse en la reparación del trauma, la reconstrucción de la autonomía y el acceso a derechos básicos de salud, vivienda, regularización y acompañamiento jurídico.

Los programas de atención a las adicciones deben, por tanto, adaptar sus protocolos a la realidad de las mujeres migradas y víctimas de trata, trabajando de manera coordinada con servicios sociales, entidades especializadas en migración y organismos de protección de derechos humanos. Incorporar intérpretes, mediadoras culturales y profesionales formadas en enfoque intercultural y feminista es clave para ofrecer un acompañamiento respetuoso, seguro y transformador.

En definitiva, el abordaje de las adicciones en mujeres migradas y en situación de trata o prostitución, no puede reducirse a un problema sanitario: es una cuestión de derechos humanos, justicia social y equidad de género.

ONU Mujeres. (2020). *La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual en América Latina y el Caribe*. Nueva York: ONU Mujeres.

La revuelta de las putas – Amelia Tiganus (2021). Amelia Tiganus es una activista feminista, escritora y superviviente de la trata y la prostitución. En su obra La revuelta de las putas (2021), ofrece un testimonio personal profundamente político que combina vivencia, análisis estructural y reflexión feminista sobre el sistema prostitucional.

8. Sexualidades disidentes y adicciones

*El género es un principio de organización social que se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, en continua transformación. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía hombre-mujer establecida como algo natural y con la heterosexualidad como sistema también naturalizado de organización del deseo, y que conlleva la subordinación del género femenino.

*Por tanto, el género como construcción social está sostenida históricamente sobre una estructura binaria y jerárquica (hombre/mujer, heterosexualidad/hegemonía). Las sexualidades disidentes son aquellas que se apartan de la normatividad dicotomizada y plantean identidades que retan al orden social. Al desafiar las normas del género y la sexualidad, las personas LGBTIQ+ suelen experimentar procesos de estigmatización, exclusión y violencia en todos sus formatos.

El uso problemático de sustancias como hemos podido comprender, representa una estrategia de afrontamiento o una forma de lograr la pertenencia social deseada. Las drogas son el vehículo para alcanzar una socialización fácil y aparentemente inclusiva, además de ser una forma de sobrellevar el rechazo social, familiar, la discriminación, la invisibilización... El consumo de drogas en parte se asocia a la estrategia de afrontamiento o deseo de pertenencia social.

Pero también puede estar vinculado a la búsqueda de espacios de libertad o placer donde no rija la heteronormatividad. Así, el análisis de las adicciones en sexualidades disidentes debe ir más allá del modelo tradicionalmente biomédico y considerar las dimensiones sociales, culturales y políticas del deseo.

*Existen datos y evidencia científica sólida que muestran mayores tasas de consumo de drogas y alcohol entre personas de la población homosexual (gay, lesbiana, bisexual) y otras identidades disidentes, en comparación con la población heterosexual. Según diversos estudios esto se debe a la homofobia, el rechazo familiar, la violencia simbólica e incluso física que padecen las sexualidades disidentes.

Además, hoy día existen espacios en los circuitos de ambiente y socialización gay que están directamente relacionados al consumo de forma naturalizada y aceptada entre el colectivo. No perdamos de vista, “el Chemsex” (se refiere al uso intencionado de drogas como metanfetamina, mefedrona, GHB o ketamina) durante las prácticas sexuales, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres es una práctica común y muy extendida y que implica prácticas de muchísimo riesgo para la salud física y mental.

Estas dinámicas se inscriben en una cultura donde el consumo aparece asociado al placer, la desinhibición y la pertenencia, pero que también son respuesta a la soledad, la ansiedad y el estrés de las minorías.

Se entiende que las personas pertenecientes a minorías sexuales viven bajo un estrés social adicional (Meyer 2003, estrés de minorías) lo que conlleva problemas de salud mental y aumento de la vulnerabilidad.

La evidencia indica que, aunque todas las personas LGBTIQ+ enfrentan discriminación, hay diferencias significativas según el género y la identidad sexual:

Las lesbianas y las mujeres trans enfrentan un doble proceso de marginalización: por desafiar la heterosexualidad y por desafiar la subordinación femenina. Así mismo, los hombres homosexuales que tienen características o performance femeninos más conocido como “pluma” sufren también mayor discriminación. La discriminación, por tanto, no solo depende de la orientación sexual, sino también de cómo se expresan los roles de género. Este fenómeno refleja cómo los estereotipos de masculinidad y feminidad operan como mecanismos de regulación social, donde lo femenino es desvalorizado y castigado.

Si bien lesbianas, trans y hombres homosexuales con performatividad femenina enfrentan mayor discriminación y marginalización, las mayores tasas de consumo de drogas se registran entre hombres gays, especialmente aquellos que participan en ciertos circuitos de socialización urbana y prácticas como el chemsex (Bourne et al., 2015; Rodríguez, Caicedo, & Rueda, 2017).

Sin embargo, aunque las mujeres lesbianas, bisexuales y trans tengan menor consumo de drogas recreativas que los hombres gays, presentan mayores tasas de consumo de alcohol y psicofármacos (como ansiolíticos o antidepresivos) en comparación con mujeres heterosexuales. Por tanto, aquí encontramos un colectivo que hace uso de consumos más ocultos y disimulados, pero no por eso, menos dañinos.

*Juventud, alcohol y cocaína. Cruz. Guía para la intervención. Cruz Roja juventud.

*Butler, Judith. *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, 2001.

*Meyer, I. H. (2003). “Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations.” *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS:

un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad



Módulo II

Diagnóstico diferencial con perspectiva de género en las adicciones

VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

Índice

Módulo II. Diagnóstico diferencial con perspectiva de género en las adicciones

1. Introducción	34
2. Los hombres con adicciones ¿quién sujeta?	34
2.1. Hombre adulto heterosexual con adicción y acompañante mujer: un perfil frecuente en los dispositivos de tratamiento	35
2.2. Ser más hijo que padre	39
2.3. La pareja o mujer del adicto	41
2.4. La madre del hombre adicto	43
3. Las mujeres con adicciones: El daño por el mandato de género, la transgresión y el estigma	44
3.1. Mujeres con adicciones que siguen el mandato de género	45
3.2. Mujeres transgresoras que rompen el mandato de género	48
4. Mujeres con adicciones: daño y trauma	50
4.1. El trauma y su relación con las adicciones	50
4.2. La clínica del traumas	52
5. Los trastornos de personalidad y las adicciones desde la perspectiva de género	54
5.1. Diferencias de género en los trastornos de personalidad	55
5.2. Comorbilidad entre Trastorno de personalidad y adicciones: datos clave	55
4.3. La patología dual y su importancia en el tratamiento de las adicciones	56

1. Introducción

El diagnóstico diferencial con perspectiva de género es un enfoque clínico que no solo compara distintas enfermedades o trastornos, sino que también tiene en cuenta cómo el género (especialmente las desigualdades de género) puede influir en:

- La aparición de síntomas.
- La forma en que se expresan.
- La interpretación del sufrimiento por parte de la figura profesional.
- El acceso y la respuesta a los tratamientos.

La división sexual del trabajo parece haber experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas, cambios que están estrechamente vinculados al propio desarrollo del capitalismo contemporáneo. El avance tecnológico, la globalización de los mercados y la reorganización de los modelos productivos han modificado las demandas laborales y han reconfigurado las ocupaciones desempeñadas por hombres y mujeres.

Estos cambios han facilitado, en apariencia, una mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral formal, especialmente en sectores vinculados a los servicios, la comunicación, el cuidado y las tecnologías de la información. Sin embargo, esta presencia creciente no ha eliminado las desigualdades estructurales: persisten la segregación ocupacional, la feminización de los trabajos más precarizados y la persistente desigual distribución de las tareas domésticas y de cuidados.

Así, más que una desaparición de la división sexual del trabajo, lo que observamos es una reconfiguración acorde a las necesidades del capitalismo globalizado. Mientras algunas barreras explícitas han disminuido, se mantienen mecanismos implícitos que continúan asignando a las mujeres roles vinculados al cuidado, la disponibilidad emocional y la flexibilidad, tanto en el ámbito doméstico como en el laboral. Este fenómeno tiene repercusiones directas en los procesos de vulnerabilidad social y económica, especialmente en contextos de pobreza, exclusión o consumo problemático de sustancias, donde las desigualdades de género se intensifican.

2. Los hombres con adicciones ¿quién sujeta?

Constatamos que los hombres vienen a tratamiento generalmente acompañados por sus parejas o por algún familiar que está casi siempre disponible para hacerse cargo de lo que sea y así lo expresan. Al contrario que las mujeres, éstas aparecen solas o con algún familiar que acompaña poco y desaparece rápidamente.

Los perfiles en adicciones son muchos y muy variopintos, pero llama la atención la cantidad de hombres, padres de familia que acuden a tratamiento porque su adicción se ha revelado y la mujer o la familia le ha puesto entre las cuerdas para que solucione su problema cuanto antes. Es llamativa la cantidad de veces en las que se destapa que un consumo ocasional, no problemático, es admitido frecuentemente por las parejas mujeres, que tienen normalizado el uso de las drogas por parte de sus parejas hombres y lo perciben como no problemático hasta que empiezan a aparecer síntomas agudos o insostenibles que ponen en jaque la convivencia. No pasa lo mismo con ellas. Es decir, los hombres, no toleran fácilmente que sus parejas femeninas tengan consumos y mucho menos problemáticos y casi nunca se imaginan con una pareja que tuviera los mismos

comportamientos que ellos sostienen con toda normalidad. A la pregunta ¿tú tendrías una pareja consumidora? ellos responden siempre que no, mientras que ellas, casi siempre que sí y, de hecho, mantienen durante años, parejas que abusan de las drogas o incluso parejas que les han empujado a drogarse para estar juntos.

La angustia y la incertidumbre a la hora de comenzar un tratamiento en adicciones es común en todas las personas que se sientan frente a cualquier profesional o especialista en la materia la primera vez. Los sentimientos de culpa, el miedo a la exposición de emociones mal gestionadas y la vergüenza de no poder controlar los impulsos que le llevan a consumir, abruma a la persona y le reducen a un amasijo de nervios e inseguridades que cuesta traspasar en la primera entrevista. Se elige consumir, pero no se escoge ser un adicto. *Nadie dice: voy a convertirme en un adicto. (Yo Adicto: Javier Giner)

Cada persona viene con su historia, su recorrido, sus éxitos y sus fracasos o recaídas y lidia con sus propios objetivos y expectativas con respecto al tratamiento como puede. En este perfil entrarían casi todas las personas que buscan tratar su relación con la adicción.

El perfil de hombres heterosexuales acompañados por mujeres, que inician tratamiento para contentar a sus parejas o madres, más que para crecer ellos mismos, es un tipo de hombre que acude a los centros de tratamiento con mucha frecuencia.

Se trata de un perfil de hombre que se apoya en «las otras» cual si fueran un andamio para construir su vida. Este es un patrón que se repite constantemente y que nos habla de una cultura donde se asume que las mujeres están para cuidar mientras que los hombres se estabilizan en relaciones donde ejercen un rol adolescente empujando a las otras a «maternar» repercutiendo esto en el propio desarrollo de su conducta adictiva. Con esto, deberíamos analizar quién necesita más a quién, o cómo se necesitan entre sí. La cuestión es que unos se dedican a campar a sus anchas en una relación que dan por hecho, y las otras se dedican a cuidar como una madre de hijo adolescente, aunque el niño en cuestión tenga ya 40 años o más.

Esta realidad observable en los dispositivos de tratamiento de las adicciones, pone de manifiesto la importancia de analizar el perfil tanto de unos como de otras.

Aunque pueda parecer banal, es un patrón que se repite incesantemente y que merece su análisis para el posterior desarrollo de herramientas que permitan tratarlo de manera efectiva a nivel terapéutico incluyendo la atención a las adicciones con perspectiva de género como forma de intervenir en el tratamiento. El trabajo en masculinidades es, por tanto, especialmente necesario en el campo de las adicciones, no solo porque permite comprender cómo determinados mandatos de género influyen en el inicio y mantenimiento del consumo, sino también porque facilita la construcción de nuevas formas de relación, expresión emocional y afrontamiento del malestar.

2.1. Hombre adulto heterosexual con adicción y acompañante mujer: un perfil frecuente en los dispositivos de tratamiento

Este es uno de los perfiles más habituales que aparece en los dispositivos de atención a las adicciones: hombres adultos heterosexuales que inician tratamiento acompañados por una mujer generalmente su pareja, su madre, una hermana u otra figura femenina cercana. Incluso cuando acuden solos a la primera entrevista, suele aclarar que detrás de su decisión se encuentra la intervención firme de una mujer significativa en su vida, quien ha «puesto límites» o ha advertido que, si el consumo no cesa, habrá consecuencias. Sin embargo, en la práctica profesional se

observa que esas consecuencias rara vez se sostienen en el tiempo; suelen ser límites frágiles, difusos o inconsistentes, muchas veces debilitados por dinámicas afectivas, dependencias emocionales o cargas de cuidado asumidas principalmente por las mujeres.

En numerosos casos, se trata de hombres cuya identidad ha sido construida en torno al éxito laboral y al desempeño productivo. Su desarrollo personal ha girado en torno a la idea de que ser un «buen hombre» implica trabajar sin descanso, generar ingresos elevados y ocupar posiciones socialmente valoradas. El estatus económico y la imagen pública funcionan como indicadores de valía personal, reforzando un modelo de masculinidad basado en la autosuficiencia, la fortaleza y la capacidad de proveer.

Para alcanzar esa imagen de éxito, muchos de estos hombres se ven atrapados en jornadas laborales excesivas, tareas de alta responsabilidad o ambientes de trabajo altamente demandantes. Este estilo de vida suele desplazar a un segundo plano otras áreas vitales: la relación de pareja, la crianza, los vínculos familiares o el cuidado de la propia salud física y emocional. El consumo de sustancias aparece entonces como un mecanismo para sobrellevar el estrés, sostener el ritmo laboral o anestesiar el malestar acumulado.

En los perfiles más vinculados a contextos de riesgo, donde el trabajo formal es sustituido o complementado por actividades delictivas, como tráfico de drogas, robos, estafas u otras prácticas ilícitas, estas conductas se integran sin cuestionamiento dentro del modelo de masculinidad exitosa. La obtención rápida de dinero, la capacidad de control, la adrenalina y la pertenencia a redes de poder informal se presentan como formas legítimas de ascenso social, especialmente en entornos donde las oportunidades económicas son escasas o inestables.

Esta confluencia entre consumo, mandato de éxito, invisibilización emocional y presión por mantener un rol de proveedor potencia la vulnerabilidad de estos hombres ante las adicciones, pero también genera cargas desproporcionadas sobre las mujeres que los acompañan: ellas sostienen, organizan, contienen emocionalmente, asumen la logística del tratamiento, median con la familia y, en muchos casos, padecen violencias derivadas del consumo o de las dinámicas relacionales con su pareja o familiar.

** Reflexiones en torno al concepto de proveedor desde una perspectiva de género.*

Ma. de la Luz Macías Vázquez.

En la base de este perfil hay una persona que renuncia a participar en la crianza de sus hijos e hijas, y vuelca todo su esfuerzo en proveer a una familia que depende económicamente de él. Tener el liderazgo económico en una familia o incluso mantenerla totalmente, hace que se dé una situación de poder desequilibrada, con riesgos ineludibles para quien depende completamente. Parece una idea anticuada que puede envejecer muy mal y tiene el riesgo de pudrirse.

Sin embargo, es un formato que mucha gente elige todavía hoy, por entender que las mujeres son mejores en la crianza y los hijos e hijas les necesitan más a éstas. Es un cálculo de formato que se realiza normalmente al principio de la relación de pareja y que parece un buen plan hasta que avanza la experiencia y muchas familias se sienten ahogadas por dicho formato. Los hombres sienten que todo el peso de ser el cabeza de familia y proveer les asfixia, convirtiéndose esto en un arma de doble filo, ya que, por un lado, se benefician del privilegio de ser «el cabeza de familia»

quien establece las normas, pero, por otro lado, implica sujetar un sistema económico que obliga a ser competente y entregado a la causa. Este encorsetamiento elegido, en ocasiones, empuja a buscar formas de escapar de la realidad, de evadirse ya que la misma, se vive como demoledora si no se consigue el éxito esperado o hay algún traspiés no calculado como pérdida de empleo o discrepancias en el ámbito laboral.

Las salidas con amigos y la socialización acompañada de alcohol y otras drogas es una forma común de buscar esta evasión de las obligaciones cotidianas, por lo que muchos hombres de este perfil encuentran en este tipo de socialización un consuelo para sobrellevar el esfuerzo diario. De este modo se instalan a menudo rutinas que quizá ya venían siendo habituales pero que ahora son la fórmula perfecta para solventar las angustias y dolores de cabeza diarios.

Podría parecer que los hombres han sido aleccionados para proveer y que esa es la esencia de su rol en la sociedad. El encargo que se les hace es que se ocupen económicamente de la familia, que la abastezcan y la agasajen con la entrega de muchos bienes materiales, esto es una representación de su poder. Cuanto más dinero ganan y más traen a casa más exitosos son y, por tanto, más reconocimiento obtienen.

Además, tener el control del dinero es tener el poder.

*Pero, * La disponibilidad del dinero no supone automáticamente ejercer el poder, sino contar con el recurso que lo posibilita. Por el contrario, la indisponibilidad sí coloca automáticamente a un sujeto a merced de la voluntad del que dispone*

Silvia Federici

¿Y por parte de quién necesitan reconocimiento? ¿A quién va dirigida tanta entrega y tanto sacrificio? En principio, ganar dinero, administrarlo y proveer a una familia parece una misión honorable, incluso socialmente valorada. Nada que no hayan hecho los hombres durante generaciones. Pero, ¿qué sucede si ese mandato, lejos de ser un privilegio, se convierte en una carga pesada que obliga a renunciar a cualquier otro proyecto vital, impidiendo desarrollar una identidad propia y un proceso de individuación satisfactorio?

La idea de independencia, «no dependo de nadie y nadie depende de mí» aparece entonces como un horizonte de libertad: ser soltero, disponer del propio tiempo, ganar dinero para uno mismo, invertirlo en proyectos personales y vivir sin cargas ni expectativas ajenas. En el imaginario masculino, esta fantasía tiene un lugar destacado. Y no solo se mantiene como fantasía: en muchos casos se materializa en una vida paralela, una vida B, un espacio oculto en el que el hombre puede encarnar ese ideal de autonomía absoluta.

En la cara A, el hombre se presenta como proveedor, responsable y respetable padre de familia. En la cara B, se convierte en un sujeto que juega a la soltería: un libertino que ejerce la libertad que siente negada en su vida oficial. Es en esta vida oculta donde se despliegan comportamientos que contradicen el rol de la cara A: consumos de drogas, prostitución, relaciones clandestinas, juego y apuestas, gastos económicos que no forman parte del presupuesto familiar y un sinfín de prácticas mantenidas en secreto.

Ese lado B se sostiene precisamente en el mandato masculino de la doble vida, donde el reconocimiento público como «buen hombre» convive con el ejercicio privado de una libertad sin responsabilidades. Mientras la familia funciona como vitrina de respetabilidad, la vida oculta se convierte en un espacio donde el hombre «se permite» aquello que considera incompatible con su identidad oficial. Todo ello sucede a espaldas de sus mujeres, hijos e hijas, quienes quedan relegados a figuras auxiliares de la cara A, sin consciencia del funcionamiento completo de su mundo íntimo.

A veces la cara B y la cara A son dos formas de vida que una misma persona simultánea durante años sin que nadie lo advierta. Dependiendo de cuán integrado esté en la mente de un individuo la idea de que un hombre poderoso con derecho a comportarse de manera desleal es algo normal y deseable para un hombre, menos carga emocional ocupará en su mente. Pero, si el hombre en cuestión es consciente del peso de la traición, más sentimientos de culpabilidad, remordimientos y baja autoestima desarrollará recurriendo si cabe más, al consumo de drogas como forma de evasión por estos remordimientos modelando de nuevo el círculo de la adicción.

En principio, podría surgir la pregunta: ¿por qué asumir el rol de proveedor familiar cuando podrían optar por la figura del «soltero de oro»? Allí es precisamente donde aparece la clave de la lealtad masculina. Existe un encargo familiar y social profundamente inscrito en su psique, un mandato transmitido, muchas veces, desde la infancia y fuertemente ligado a la figura materna. Ese encargo es el que convoca su fidelidad más intensa.

Incluso cuando existe infidelidad dentro del matrimonio, los sentimientos de culpa o deslealtad suelen ser difusos o poco intensos, porque el parámetro de fidelidad no se mide respecto de la pareja, sino respecto del mandato primario: ser el hombre que provee, sostiene y representa a una familia. La lealtad no es hacia la esposa, sino hacia el * mandato de ser «buen hijo»*, aquello que la familia, y especialmente la madre, espera de él.

Esta fidelidad férrea consiste en aparentar, siempre, ser un hombre proveedor, respetable, estable, alguien que cumple su rol y sostiene una posición social robusta. Aunque en la práctica haya una vida B paralela, una vida que se sostiene con consumos de drogas, prácticas clandestinas o conductas que contradicen la narrativa del «hombre correcto», lo verdaderamente imperdonable sería fallar al encargo familiar. A ese mandato no se puede renunciar. Para ese encargo hay que ser leal, ante todo.

Y cuando la carga de no fallar se vuelve demasiado pesada, cuando el peso del rol se hace insostenible, muchos hombres se permiten cualquier cosa para aliviarla, siempre que no se note: consumos, evasiones, prácticas ocultas. Todo aquello que permita sostener la fachada del proveedor fiel y responsable. Porque lo importante no es vivir en coherencia, sino sostener el encargo.

Este formato quizá no sea siempre un fracaso, pero expone al sistema familiar a una gran tensión puesto que en cuanto a la autonomía se refiere, un miembro está fagocitado por el otro. Es decir, el hombre es proveedor y único miembro con capacidad financiera por lo que cuando las cosas se ponen mal, la separación del matrimonio coloca a la persona dependiente económicamente en una situación de fragilidad absoluta por lo que muchas veces, se dilata durante años el propósito de separación por no ser viable. Normalmente el miembro económicamente fagocitado es la mujer. Esto conlleva un desgaste importante para la relación por lo que, de nuevo, el consumo para sobrellevar la presión que supone estar en una relación y estructura familiar de portada de revista

está justificado. Sin embargo, es importante subrayar el quién sujeta a quién porque, aunque a nivel económico proveen ellos, son ellas las que hacen de resorte o andamio en la relación. Si ellas amenazan con romper, ellos se caen y sale a la palestra la potencial autodestrucción a través del consumo de drogas en la que caerían.

La idea del hombre proveedor sigue profundamente instalada en nuestra sociedad. Aunque las mujeres se hayan incorporado de forma masiva al mundo laboral y también generan ingresos, en la práctica continúan priorizando el trabajo de ellos. Su empleo suele considerarse más estable, más importante o mejor remunerado, y por tanto su proyección laboral se valora como prioritaria frente a la de su pareja.

Esto no solo reproduce una división sexual del trabajo, sino que legitima la idea de que el varón debe ocupar el lugar central en la economía familiar, mientras que el trabajo de las mujeres aparece como complementario, prescindible o subordinado. A nivel simbólico, el éxito laboral masculino sigue funcionando como un marcador de identidad y respetabilidad, mientras que el éxito laboral femenino continúa negociando dentro de un marco donde las responsabilidades de cuidados recaen mayoritariamente sobre ellas.

2.2. Ser más hijo que padre

En este caso, se trata de hombres que han formado una familia, pero es como si no se hubieran enterado. Son hombres que o bien no han salido de su casa y su individuación jamás se ha dado o que han hecho un intento de emancipación que ha fracasado. El fracaso suele deberse a que el consumo de drogas se ha interpuesto en su relación o se ha convertido en la prioridad de su vida aniquilando cualquier plan de desarrollo personal exitoso. En este caso, suele darse la situación de volver al hogar familiar primario sobre todo si hay una madre dispuesta a ocuparse del hijo. Este tipo de hombres son más hijos que padres si es que han creado familia propia. Su rol de hijos impera por encima del rol paterno con lo que cuando fracasa su relación de pareja o matrimonio, generalmente vuelven al hogar materno para ser cuidados por su madre y renuncian a las custodias compartidas o incluso a la crianza completa de sus hijos volviéndose padres periféricos, poco o nada implicados en la crianza. En el hogar de la madre vuelven a establecer relaciones materno filiales basadas en la dinámica de desgaste y reproche continuado, pero a su vez, no consiguen un proyecto de emancipación.

De alguna manera, el hombre que ha hecho «un como sí» y ha formado una familia, pero ha fracasado en su rol paterno vuelve al hogar materno por entender que es su lugar «mientras tanto». Aun siendo económicamente autosuficiente siempre hay algo que se interpone entre él y su independencia con respecto a su madre. Si le han quitado el carné de conducir por conducción temeraria, por tasa de alcohol, si tiene delitos de tráfico de drogas y por tanto todas sus cuentas están embargadas, si tiene deudas y no puede tener solvencia, si pesa sobre él cualquier sentencia o juicio pendiente, su proceso de individuación puede dilatarse durante meses e incluso años o puede incluso no darse jamás. El impedimento para esta individuación siempre parece ser algo externo: que no hay dinero, que está a espera de juicio, que se ha quedado sin trabajo, que entra o ha salido de la cárcel, que tiene cuentas embargadas, que acaba de romper con su pareja y está deprimido...cualquier cosa que impida su desarrollo y logro de la autonomía se interpondrá y dejara a este hombre a merced de las normas del hogar familiar primario donde se cobija. Sus hijos, si los hay, pasan a ser de su mujer.

Este tipo de hombres parece que tuviera una relación «goma» con sus madres. Digamos que, en un momento dado, realizan un «como sí» y desarrollan una autonomía que dura un tiempo. Motivados por el rol de proveedor que se espera de ellos, o por el estatus social que se logra al representar al hombre respetable, estos hombres han simulado durante un tiempo ser capaces de individuarse. La realidad es que lo que ha sucedido es que se ha estirado la goma que les une inevitablemente a sus madres y que cuando esta goma se ha estirado y alcanzado su tope, se suelta de golpe haciéndole volver bruscamente al lado de su madre.

En el fondo, esta individuación nunca ha llegado a producirse, aunque el hombre haya intentado sostener una imagen de autonomía adulta y de cumplimiento del mandato social de «proveedor» y «cabeza de familia». En realidad, responde con mayor fuerza al mandato familiar de regreso al núcleo de origen, especialmente al vínculo con la madre. La metáfora de la «goma» ilustra bien esta dinámica: el cordón umbilical nunca se ha cortado, y el supuesto adulto independiente continúa emocionalmente condicionado por ese lazo primario.

El «hijo necesitado» no suele ser consciente de este entramado psíquico. Interpreta su situación como un fracaso temporal, convencido de que podrá recuperarse y retomar su rol social esperado. En otros casos, se acomoda en esta posición dependiente y concluye que es lo mejor que puede hacer, renunciando a iniciar un proceso real de individuación por miedo al fracaso, permaneciendo cerca de su madre donde el riesgo parece menor.

Al regresar al hogar familiar, las tensiones y discusiones son frecuentes. Aunque existe este «efecto goma», en el que ambos, madre y hombre, tiran desde extremos distintos sin poder separarse, ninguno es plenamente consciente del patrón. La madre (y a veces también el padre) le recuerda sus fracasos, le exige progresos o le plantea expectativas que él vive como chantaje, presión o amenazas. Esta dinámica lo devuelve al circuito conocido: el malestar emocional, la sensación de incapacidad, la vergüenza y finalmente el consumo como forma de alivio.

El hombre, convertido nuevamente en «hijo», se percibe atascado, fracasado y sin herramientas para avanzar hacia un proyecto de vida propio. En este contexto, las drogas funcionan como un modulador del dolor psíquico: anestesian la angustia de no poder desarrollar una identidad autónoma y de sentirse atrapado en un guion relacional del que no sabe, ni puede, salir.

Se subraya el rol de la madre del hombre adicto porque el padre de este se sitúa normalmente en un rol más periférico con respecto a la crianza. Representa en sí, el mismo patrón de desarrollo personal que el hijo. Este parece condenado a repetir lo mismo con más o menos éxito. Las madres son las que desarrollan más frecuentemente esta relación «goma» con los hijos generando lazos de dependencia, porque son las que se ocupan principalmente de la crianza y están presentes. Si no estás presente emocionalmente en la vida de otra persona ni adquieres responsabilidades en la crianza eres un progenitor periférico. Normalmente los hombres de este perfil, suelen ser los progenitores periféricos.

Nos referimos en toda esta descripción a un hombre heterosexual que presenta un fondo depresivo y que consume drogas, juego o cualquier cosa potencialmente adictiva, habitualmente.

En ocasiones han formado una familia y siguen un formato de proveedores con lado A y lado B, otras veces están en relaciones desgastadas que jamás se rompen por desequilibrios económicos no sostenibles y ellos son otro hijo más en la relación con su pareja. Hombres que siempre buscan

relaciones de maternidad. Hombres que rompen con sus matrimonios y vuelven al hogar materno u hombres que jamás se han ido del hogar materno y no han experimentado su individuación. Hombres que son más hijos que padres.

Se trata de hombres, todos ellos, adictos o con problemas de abusos de sustancias, de juego o de cualquier cosa potencialmente adictiva que tienen problemas para alcanzar un desarrollo madurativo satisfactorio generando todo tipo de inconvenientes en sus relaciones, pero, sobre todo, que son sujetados por las mujeres de su entorno.

2.3. La pareja o mujer del adicto

La pareja femenina del hombre adicto heterosexual, adulto suele responder a un perfil de persona cuidadora. Más bien de «salvadora» tal como se señala en el * triángulo dramático de Karpman. Este rol es también conocido como «la madre sombra».

Se trata de una mujer que denota una preocupación excesiva por las necesidades de los demás incluso en detrimento de las suyas propias. Hablamos de un perfil que vive con absoluta devoción el sacrificio por su pareja y sus hijos e hijas si los hubiere. Esta mujer está convencida de que ha nacido para eso. Que el rol principal que debe cumplir se basa en hacer que todos los que están a su alrededor, en especial su pareja e hijos e hijas, estén protegidos por encima de cualquier malestar que ella pueda estar sufriendo. Esta mujer hará cualquier cosa en pro de la paz. Si para ello es necesario fingir que todo sucede a las mil maravillas desempeñará el papel de esposa perfecta, sacrificando su felicidad para realizar los deseos de los demás. El problema, es que cuando las cosas no marchan porque el lado B de su pareja masculina comienza a salpicar todo y la tensión en el núcleo familiar se vuelve insostenible, esta mujer puede sufrir una grave crisis existencial por lo que buscará incansablemente la homeostasis. Nada puede ensombrecer el rol de la esposa perfecta y de la madre omnipotente. Tapaná lo que haga falta para que el equilibrio se mantenga.

Si hace falta, la mujer del hombre adicto será la madre de todos. Empezará a actuar como si además de los hijos e hijas menores, también fuera la madre de su pareja que interpreta actuaciones propias de un adolescente (consumos, conductas desajustadas...). Esta mujer se encarga de todo hasta en ocasiones de proveer económicamente además de hacer frente a las deudas generadas por su marido o incluso en ocasiones, aceptará que este consuma en casa o le irá a buscar la droga que necesite siendo esto último uno de los límites más graves que se suele cruzar. Le acompañará en el tratamiento y si hace falta se convertirá en investigadora privada para destapar si su marido sigue consumiendo, aunque hasta ahora miraba para otro lado. Lo que sea con tal de volver a la homeostasis principal. Siguiendo la lógica del *triángulo de Karpman podría transitar fácilmente de salvadora a perseguidora de su marido si se pone a acompañar en el tratamiento.

** El triángulo dramático de Karpman: cómo trascender los roles de perseguidor, salvador o víctima.*

Gill Edwards

La mujer del adicto suele haber olvidado casi por completo su propio desarrollo personal dedicándose en cuerpo y alma al rol de madre materna. No suele tener hobbies ni inquietudes más allá de cuidar de su familia y acumular grandes dosis de sufrimiento, si tenía inquietudes hace tiempo ya las ha olvidado. Muchas veces, incluso desde un principio, esta mujer no se ha planteado explotar ninguna otra ambición que no sea la de ser madre o cuidadora.

Existe la convicción de que para criar hijos e hijas es necesario que alguien esté en casa y ese sacrificio casi siempre lo realizan las mujeres. Se entiende que es por el bien de la familia y la mayor parte de las veces se trata de un sacrificio deseado, aparentemente, por la propia mujer que se sacrifica voluntariamente al cuidado de los hijos e hijas. Este sacrificio relega a la mujer a un segundo plano, al plano privado, donde sus problemas personales y sus sentimientos no son tenidos en cuenta. Siente que es valorada por lo que hace por los demás, no por ella misma, si no por su capacidad de entrega y sacrificio a la causa materna. Vive en continua angustia pensando que los demás, sus hijos e hijas y su pareja no podrán enfrentar por sí solos o solas los devenires de la vida y le necesitan a ella para todo. De esta manera no dejará crecer. El crecimiento del otro y su individuación supone una amenaza para ella ya que perdería la única influencia que tiene y se sentiría sola sin ser necesitada. Esta pérdida de identidad supondría una gran amenaza para su idea de felicidad construida sobre el principio básico de que cuidar al prójimo sin fin, es su única función.

Esto no sucede solo por elección propia, ocurre porque históricamente las mujeres han sido siempre relegadas al espacio privado a la crianza y cuidados de la familia mientras que el hombre proveía. Aunque los tiempos han cambiado o eso se repite como un mantra, este patrón sigue hiper presente en la sociedad marcando de una manera u otra la idea de lo socialmente esperado para una mujer. Es un constructo interiorizado de manera inconsciente que incluso las mujeres que trabajan siguen mayoritariamente asumiendo. La responsabilidad de la crianza y las tareas del hogar recae sobre ellas antes que en su pareja masculina.

De pronto la vida se vuelve cuesta arriba para estas mujeres que se encuentran remando fuerte en un mar lleno de corrientes. Los hijos e hijas planteando retos complicados, sobre todo en la adolescencia, el marido con problemas de adicción e incluso a esto se le suma, en ocasiones, el cuidado de algún mayor (abuela, abuelo) que también recae sobre la misma mujer. La salvadora y cuidadora de todo el mundo se encuentra asfixiada, negada en sus necesidades y sin espacio para poder descansar, lo que impacta fuertemente en su autoestima dañándose.

Los sentimientos de desesperación llegan a ser muy fuertes llevándola incluso a verbalizar que necesita alejarse de todo o quitarse de en medio. El problema en este punto es encontrar la manera de que esta mujer se deje ayudar. Parece que si lo hace se está diciendo a sí misma, huye, sal de esta vida que te aplasta. Esto choca inmediatamente con su tendencia a minimizarlo todo y volver a la homeostasis de la familia feliz. Aquí es cuando el ofrecimiento del apoyo terapéutico para las mujeres es fundamental.

2.4. La madre del hombre adicto

La madre del hombre con problemas de adicciones suele ser una figura relevante generalmente. Realmente, el perfil es parecido al rol de la pareja. En ocasiones puede incluso llegar a confundirse el papel que juegan la una y la otra en la vida del hombre en cuestión.

Cuando el peso de una adicción recae sobre una familia es realmente cruel el sufrimiento que puede ocasionar en todas direcciones. Por supuesto para la persona adicta pero también para sus familiares es algo tremendamente doloroso.

La madre del adicto es una figura que oscila entre el amor, la culpa y el control. La madre ocupa un lugar central en la dinámica familiar. Su papel suele estar marcado por una profunda implicación emocional, en la que confluyen el amor, la preocupación constante, el sentimiento de culpa y, en muchos casos, la necesidad de control sobre la conducta del hijo. Esta posición no surge de manera aislada, sino que responde a mandatos culturales y de género que asocian la identidad femenina con el cuidado incondicional y el sacrificio. Además, el patrón suele repetirse y la madre es una figura que tiende a sobrecargarse de funciones en la crianza de sus hijos ya que el padre suele ser una figura ausente, bien porque tiene mucho trabajo (figura del padre proveedor) o porque se asume, que su implicación en la crianza debe ser nula o inexistente solo por el hecho de ser hombre.

En la mayoría de los casos, la madre del adicto asume una sobrecarga emocional y funcional, intentando reparar o compensar las consecuencias del consumo. Puede sostener económicamente, encubrir las conductas adictivas o intentar «salvar» al hijo desde el amor y la contención, lo cual paradójicamente mantiene el ciclo de dependencia. Este patrón suele denominarse «coadicción», en la que el bienestar emocional de la madre queda supeditado al estado del hijo, generando una forma de dependencia afectiva y relacional.

Desde una perspectiva psicológica, muchas madres experimentan culpa al interpretar la adicción del hijo como un «fracaso» de su rol materno. Esta culpa, alimentada por las exigencias sociales hacia la maternidad perfecta, puede llevarlas a tolerar conductas destructivas, a negar el problema o a perpetuar el vínculo de control y rescate.

Por otra parte, la figura de la madre del adicto también puede manifestar ambivalencia emocional: amor y rechazo, esperanza y desesperanza, ternura y enojo. La adicción del hijo se convierte en un eje que organiza su vida, desplazando su propio deseo y proyecto personal.

En este sentido, comprender el lugar de la madre en la adicción implica reconocer que ella también necesita acompañamiento y tratamiento, no solo como apoyo del paciente, sino como sujeto que sufre y reproduce dinámicas de dependencia. Los abordajes terapéuticos con enfoque sistémico y de género resultan esenciales para ayudar a estas mujeres a reconstruir su identidad fuera del rol de cuidadora exclusiva, promoviendo la autonomía, el autocuidado y la elaboración del vínculo con el hijo desde un lugar más saludable.

3. Las mujeres con adicciones: El daño por el mandato de género, la transgresión y el estigma

Claves a tener en cuenta:

Mandatos de género y su impacto en la salud mental y conductual

Expectativas tradicionales de género (cuidado, sacrificio, obediencia, maternidad idealizada).

Cómo estos mandatos dificultan la expresión emocional y la búsqueda de ayuda.

Mujeres que consumen: transgresoras del ideal femenino, lo que intensifica la culpa y la vergüenza.

Estigmatización de las mujeres con adicciones

Estigma doble: por ser mujer y por tener una adicción.

Discriminación en entornos familiares, laborales, médicos y judiciales.

Invisibilización o sanción más fuerte que en hombres.

Efectos del estigma en el acceso a tratamientos y apoyos sociales.

Si pensamos en las adicciones generalmente nos viene a la cabeza el perfil de un hombre realizando alguna acción compulsiva, ya sea la de beber, esnifar o jugar sin parar a las máquinas tragaperras. En raras ocasiones nos imaginamos una mujer bebiendo y tomando pastillas o psicofármacos sin parar, aunque en la realidad suceda de forma habitual.

Esto ocurre porque la imagen masculina goza de mayor libertad a la hora de expresarse en diferentes acciones, aunque sean nocivas para su salud. El marco sexista en el que vivimos hace que nos salten algunas alarmas al dibujar la imagen de una mujer en una situación decadente, y la censura mental nos hace, en ocasiones, de cortapisas y estigmatizamos rápidamente la escena imaginada. Sin embargo, en cuanto imaginamos a un hombre drogado, borracho o incluso violento por el efecto de las drogas, experimentamos una sensación de normalidad que no altera en nada nuestro sistema de valores interiorizado.

Las mujeres con adicciones no solo sufren un doble o hasta triple estigma, sino que padecen muchas más violencias por el mero hecho de ser adictas que los hombres. Las mujeres drogadas fácilmente pueden ser víctimas de violencia sexual porque se entiende que una mujer bajo los efectos de las drogas y sin todas sus facultades activas, está diciendo sin decirlo, que se merece ser vapuleada, vilipendiada o sexualizada, aunque sea en contra de su voluntad o decisión consentida.

Esta imagen decadente o peyorativa es mucho más juzgada en ellas, por lo que resulta más fácil visualizar un hombre adicto que una mujer adicta porque con ellos no se pone en juego todo el sistema de valores que juzga a las segundas como un grave fallo de la sociedad, como una decepción para las de su género que deberían entregarse en cuerpo y alma al cuidado y sacrificio por los demás.

Si además la mujer adicta es madre, no importa que también haya un padre, porque todo el mundo dirá que pobres menores y los imaginará solos y solas o pasando a tutelas por parte de instituciones o por familiares que se puedan hacer cargo. A casi nadie se le pasará por la cabeza que hay un padre que puede cuidar. El hecho de tener una madre toxicómana parece siempre más grave que tener un padre ausente por ser adicto, lo que nos muestra que no se juzgan de igual manera en la colectividad unos hechos que otros.

Del mismo modo, en los centros de tratamiento para las adicciones, el 80% de personas que se acercan a buscar ayuda son hombres, mientras que las mujeres representan solo un 20% de las usuarias de servicios de atención a las adicciones.

Las mujeres consumen habitualmente en privado, y se trata de un ámbito en el que las relaciones afectivas y familiares son el eje central, el consumo de los hombres se reproduce en el ámbito público, en el que las relaciones sociales son el factor que cobra mayor importancia.

La perspectiva androcéntrica en la ciencia ha supuesto que la mayoría de la investigación, como pasa en otros ámbitos de la medicina, se haya hecho tomando al hombre como referencia entendiéndose así lo masculino como lo normal y lo femenino como «lo otro». De este modo, también los espacios de tratamiento como ambulatorios, comunidades terapéuticas y dispositivos destinados al tratamiento de las adicciones, han estado históricamente acondicionados para el tratamiento de los hombres y no han tenido en cuenta las necesidades de las mujeres a la hora de distribuir los espacios ni los formatos de tratamiento.

Las mujeres registran más abandonos en tratamiento de adicciones porque casi nunca los espacios están pensados para ofrecer un lugar seguro a las mujeres donde se tenga en cuenta su realidad, contexto y necesidades particulares.

3.1. Mujeres con adicciones que siguen el mandato de género

El fenómeno de las adicciones ha sido históricamente analizado desde una perspectiva androcéntrica. Sin embargo, es importante haber analizado previamente algunos de los comportamientos masculinos con respecto a las adicciones para entender en gran medida, cómo los mandatos sociales tradicionales, como la exigencia de ser cuidadoras, abnegadas, emocionalmente contenidas y moralmente irreprochables, generan tensiones internas que muchas veces derivan en el consumo como forma de escape o regulación emocional. Por otro lado, cuando una mujer consume sustancias, transgrede los ideales de feminidad impuestos, y esto genera una fuerte estigmatización, rechazo social y culpabilización, incluso más severos que los que enfrentan los hombres.

A las mujeres se les supone un rol de cuidadoras, madres abnegadas o esposas sacrificadas que renuncian a sus propios deseos, intereses y necesidades en favor de sus maridos. Sujetar este rol puede ser insoportable para las mujeres que entran en fuertes discrepancias personales y familiares debido a lo que se espera de ellas. Cuando una mujer siente que no cumple correctamente con el mandato social de buena madre, buena hija o esposa, su carácter y su autoestima se minan de manera que le exponen a desarrollar hábitos de consumo nocivos para su salud. Normalmente las mujeres sacrificadas por su mandato de género realizan consumos en silencio, socialmente aceptables y con la función de ayudar a «soportar» el peso de la perfecta existencia femenina. En estos casos los consumos suelen ser principalmente de psicofármacos

prescritos por médicos de la red que tienen a bien prescribir medicamentos, sobre todo hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos con cierta soltura a las mujeres. Los datos oficiales sobre consumo de hipnosedantes en la población general delatan que se prescriben muchos más psicofármacos a mujeres que a hombres por las mismas causas.

** El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha retirado al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017*

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Las mujeres con adicciones que siguen el mandato de género suelen acudir a tratamiento con el propósito de adaptarse más y mejor. Generalmente la razón por la que acuden tiene que ver con la pérdida de una pareja o dificultades para mantenerse en una relación «normal». En la terapia suelen referirse constantemente a una pareja masculina con la que tienen problemas y por la que sufren por encima de cualquier otro problema. No importa si su vida personal está abandonada, no tiene hobbies, ni amigas o amigos, ni inquietudes o si en el trabajo no hay retos que le motiven. Lo importante y por lo que se acude a terapia de deshabituación, es la relación con la pareja, la dificultad para tener pareja estable o las rupturas devastadoras por sus consumos de drogas.

Cuando están en tratamiento en comunidad terapéutica se corre el riesgo de que dentro de la comunidad encuentren pareja. Un «malote» con el que desplegar su necesidad de cuidar y redimirse al mandato de género. Se corre el riesgo de que se fuguen de las comunidades terapéuticas porque «ha encontrado el amor romántico que ella necesitaba» y ya está todo solucionado. El consumo de drogas, generalmente alcohol, tiene la función de ayudar en la desinhibición para desplegar el erotismo que seduzca al hombre necesitado de afecto incondicional y cuidados.

Este perfil de mujeres suele responder a patrones en los que se repite constantemente el círculo del maltrato. La violencia de género está presente en sus relaciones casi siempre y, de hecho, cuando no se relacionan de esa forma no suelen tener interés. Muchas veces, hay detrás una acumulación de parejas maltratadoras que han dejado huellas traumatizantes que lejos de disuadir a la víctima la abocan a la repetición constante del patrón. La repetición del patrón de maltrato responde a una tendencia a vincularse con parejas similares por varias razones:

Trauma no resuelto:

La víctima no ha podido elaborar adecuadamente las experiencias vividas y tiende a revivirlas de manera inconsciente.

Normalización del maltrato:

Si la violencia ha estado presente desde etapas tempranas (como en la familia de origen), puede considerarse algo «normal» o «esperable» en las relaciones afectivas.

Autoestima deteriorada:

La violencia constante deteriora la autoimagen, y la persona puede sentir que no merece relaciones sanas.

Desinterés en las relaciones no violentas:

Este punto es particularmente delicado: Algunas víctimas pueden asociar el conflicto con la pasión o la intensidad emocional, por lo que relaciones sanas pueden parecer «aburridas».

Dependencia emocional:

A menudo hay una fuerte dependencia del maltratador, que distorsiona la percepción de lo que es una relación deseable o aceptable. A menudo es el maltratador quien más depende de la víctima, le necesita para dañarla y ella confunde esta necesidad con afecto.

Acumulación de relaciones traumáticas:

Cada relación abusiva deja una marca psicológica que puede contribuir a un patrón repetitivo, en lo que se conoce como revictimización. Esto no implica culpabilizar a la víctima, sino entender cómo el trauma influye en la elección de pareja y la permanencia en relaciones dañinas.

Las mujeres con adicciones de este perfil, suelen presentar una acumulación de experiencias traumáticas y eventos vitales estresantes como abuso físico, sexual o emocional, violencia de pareja, abandono o pérdidas significativas que afectan su estabilidad emocional y psicológica. Casi siempre todo ha sido negado y silenciado. Ante la dificultad para elaborar o procesar estos traumas, muchas encuentran en el consumo de sustancias o en conductas adictivas una forma de regular el malestar, la ansiedad o la sintomatología derivada del trauma. De este modo, la adicción actúa inicialmente como un mecanismo de afrontamiento o alivio, aunque con el tiempo se convierte en una fuente adicional de sufrimiento y dependencia.

Muchas mujeres adictas mantienen su consumo en silencio para no romper con la imagen social de madre, esposa o trabajadora «correcta». El miedo al juicio, la culpa y la vergüenza refuerzan la negación o la ocultación del problema, lo que retrasa la búsqueda de ayuda profesional. En este sentido, la adicción puede entenderse no sólo como un problema individual, sino como una respuesta a un contexto de presión estructural, donde la mujer intenta sostener el mandato de género a costa de su propio bienestar.

Además, el mandato de género influye en el tipo de adicciones y en la forma de consumo. Algunas mujeres recurren a sustancias «socialmente aceptadas» (como ansiolíticos o alcohol en contextos domésticos) para seguir cumpliendo sus funciones de cuidado sin parecer «rebeldes» o «irresponsables». Otras desarrollan adicciones relacionales o afectivas, donde la dependencia emocional hacia una pareja reproduce la idea de que el amor y la entrega total son el centro de la identidad femenina.

Por tanto, las mujeres con adicciones que siguen el mandato de género viven una doble esclavitud: la de la sustancia o la conducta adictiva, y la de las normas culturales que dictan cómo deben vivir su vida. Reconocer este doble condicionamiento es fundamental para diseñar intervenciones terapéuticas con enfoque de género, que no solo traten el consumo, sino también las raíces sociales y simbólicas que lo sostienen.

3.2. Mujeres transgresoras que rompen el mandato de género

Hay mujeres que plantan cara a los mandatos de género y se revelan ante la exigencia social, ante lo que se espera de ellas y manifiestan comportamientos socialmente desafiantes y moralmente cuestionables.

*La moral es un conjunto de principios, normas, valores y creencias que guían el comportamiento de las personas dentro de una sociedad sobre lo que está bien o mal, correcto o incorrecto, bueno o malo. A diferencia de la ley, que es impuesta externamente, la moral suele ser interna y personal, aunque esté fuertemente influida por la cultura, la religión, la educación y el entorno social. (Cortina, A. 2006).

El término «mujeres transgresoras» en este contexto hace referencia a aquellas que desafían los roles de género convencionales al involucrarse en comportamientos (como el consumo de sustancias) que la sociedad suele asociar con la masculinidad o considerarlos moralmente reprochables en el caso de las mujeres. Esta transgresión expone a estas mujeres a múltiples formas de violencia simbólica y física.

Las mujeres que consumen drogas soportan un estigma doble: por usar sustancias y por violar mandatos de feminidad (como la maternidad, el autocuidado y la contención emocional). Este doble estigma genera aislamiento, refuerza la culpa («self-stigma») y dificulta que busquen ayuda o participen en servicios de reducción de daños como venimos diciendo todo el camino.

A su vez, las mujeres que consumen drogas frecuentemente han vivido violencia de género, abusos sexuales y traumas relacionados. *Violencia y desigualdad estructural a raudales.

** Un estudio en Madrid «Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting» reveló datos estremecedores: El 88% reportó daño psicológico/emocional, el 71% sufrió lesiones físicas graves por parte de sus parejas y el 49% abuso sexual. Además, el 28% había intercambiado sexo por dinero o drogas enero a diciembre de 2017, con entrevista a 109 mujeres consumidoras activas de drogas (heroína o cocaína, fumadas o inyectadas).*

Las mujeres transgresoras con adicciones suelen mostrar comportamientos asociados típicamente a lo masculino como alta presencia de violencia verbal y física y conductas autolíticas de mayor calibre. Suelen adoptar comportamientos de riesgo habitualmente como peleas, conducción temeraria, delincuencia como el tráfico de drogas u otros menesteres que se asocian normalmente a lo masculino y mayor impulsividad. Pero, sobre todo, asumen riesgos en el terreno de su vida sexual exponiéndose a embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y altas dosis de violencia sexual identificada o no.

Las mujeres transgresoras y adictas viven un aislamiento continuado debido a su fallo como mujeres, son percibidas como mujeres que rompen los mandatos por lo que hay que temerlas o por el contrario reírse de ellas por locas.

En estos perfiles encontramos mujeres que reconocen llevarse mejor con los hombres, suelen tener relaciones distantes con otras mujeres a las que perciben como peligrosas y malas porque manipulan emocionalmente a las personas. Suelen estar fuera de grupos de chicas y se relacionan habitualmente mejor con los hombres creyendo que es una elección propia ya que los hábitos de los hombres les resultan más admirables. No son en su mayoría conscientes de que tampoco son admitidas entre la fraternidad masculina ya que éstos las perciben como mujeres demasiado rompedoras y desequilibradas como para relaciones románticas. Son el perfil de mujeres que los hombres suelen rechazar por ser demasiado locas, libres o transgresoras. Curiosamente, el mismo perfil en hombre es el perfil más erotizado por las mujeres, el perfil del «malote» comúnmente dibujado como el hombre deseable. Sin embargo, cuando una mujer es transgresora, los hombres suelen relacionarse con ella para drogarse juntos o para obtener de ella ventajas sexuales que de otra forma no logran, o quizá para tenerla como amiga y compañera de fatigas. Son mujeres que no convienen y que se consideran una mala influencia para ellos. Son las mujeres de las que hay que alejarse si uno quiere dejar las drogas, y son éstas las que en ningún caso sirven para cumplir el papel de pareja estable. Cuando se intenta una relación romántica con este perfil de mujeres, los hombres suelen aludir a ellas como alguien que le viene fatal y que le incita al consumo creando juntos una pareja fatídica condenada al caos y la destrucción. Las relaciones de pareja entre mujeres transgresoras con consumos de drogas y hombres consumidores suelen estar abocadas al fracaso por no haber nadie que sujete a una ni al otro.

Por lo tanto, las mujeres transgresoras están muy solas en cuanto a grupos de pertenencia se refiere. Son mujeres que no se fían de otras mujeres por lo que no encuentran un lugar entre ellas y no practican la sororidad y a su vez, tampoco están realmente incluidas en la fraternidad masculina que se cuida muy mucho el derecho de admisión real para nadie que no obstante el cargo privilegiado de hombre cis.

Esta soledad a la que están abocadas las mujeres transgresoras que consumen drogas, marca una diferencia enorme a la hora de adherirse a tratamiento ya que, en la reproducción de su rol dentro del tratamiento, suele repetir patrones de conducta como los que acabamos de describir y se juntan en los tratamientos con hombres consumidores reproduciendo el círculo de la soledad disfrazada de fraternidad masculina. En las comunidades terapéuticas suelen juntarse con hombres para consumir en secreto con la idea de fugarse para consumir o meter drogas en la propia comunidad terapéutica arriesgándose a ser expulsadas. Normalmente, para parecer que son aceptadas en la fraternidad se tienen que arriesgar mucho más que un hombre y demostrar que están mucho más locas poniéndose así en riesgo continuamente.

El deterioro físico y mental grave de estas mujeres suele ser una característica común en todas ellas; mujeres adictas que han arriesgado, se han dañado a base de graves policonsumos de drogas y han multiplicado sus fuerzas para parecer que podían pertenecer a una fraternidad masculina que, en realidad, nunca les ha aceptado. Es más, en su intento de pertenecer, pueden asumir muchos más riesgos y duplicar las fuerzas multiplicando los estragos tanto físicos como emocionales en su persona. Casi todas las personas que se dedican a la atención de las adicciones concuerdan en que las mujeres llegan menos, pero mucho más deterioradas y dañadas. En parte, algunas de las razones se encuentran en estos aspectos de género.: mayor estigma y soledad por romper patrones, esfuerzos autodestructivos y duplicar el riesgo para pertenecer a la fraternidad, soledad por no pertenecer a ningún colectivo que le acepte, etc.

Además, existe una fuerte correlación entre las adicciones en mujeres y las experiencias de violencia, abuso y trauma, factores que suelen estar en la raíz del consumo problemático y que muchas veces no son tenidos en cuenta en los abordajes terapéuticos tradicionales. El acceso al tratamiento también se ve condicionado por el género, ya que muchas mujeres enfrentan barreras específicas como el temor a ser separadas de sus hijos/as, la falta de redes de apoyo, la dependencia económica o la violencia de pareja.

Entender cómo el género influye en las mujeres con adicciones no solo permite visibilizar sus realidades particulares, sino que también es un paso fundamental hacia la construcción de intervenciones más justas, sensibles y eficaces.

4. Mujeres con adicciones: daño y trauma

4.1. El trauma y su relación con las adicciones

Cuando hablamos del trasfondo de las adicciones femeninas es imposible no mencionar el trauma y para ser más precisos, el trauma por experiencias de abuso sexual que es uno de los más habituales. Tras sufrir diferentes experiencias traumáticas de índole sexual, en ocasiones continuadas en el tiempo, otras veces por diferentes fuentes e incluso por familiares y, sobre todo, no atendidas y normalizadas por el entorno más cercano, encontramos mujeres que utilizan sustancias habitualmente, como forma de auto regulación emocional para sostener el impacto de lo acontecido.

Desde una perspectiva psicológica, el consumo de sustancias en mujeres que han vivido experiencias traumáticas puede entenderse como una estrategia de supervivencia. Lejos de ser un acto de «debilidad» o «falta de control», constituye una forma de intentar gestionar emociones intensas y abrumadoras como la culpa, la vergüenza, la ansiedad o la desconexión del propio cuerpo que suelen quedar ancladas tras el trauma.

Las sustancias actúan, en estos casos, como un anestésico emocional que permite sobrellevar temporalmente el dolor, el vacío o la hipervigilancia constante. Sin embargo, con el tiempo, esta forma de regulación termina generando una nueva fuente de sufrimiento, al dificultar la elaboración del trauma y favorecer la dependencia.

El consumo de sustancias no solo responde a una historia personal de trauma, sino también a una respuesta frente a sistemas que fallan: sistemas familiares que silencian, instituciones que no protegen, y estructuras sociales que perpetúan la culpa y la vergüenza femenina. El aislamiento, la estigmatización y la falta de recursos con perspectiva de género agravan la vulnerabilidad de estas mujeres, empujándoles a circuitos de consumo donde la violencia y la exclusión se reproducen.

El trauma por abuso sexual constituye una de las experiencias más devastadoras para la integridad psíquica y corporal de una persona. Su impacto no se limita al momento del abuso, sino que se inscribe profundamente en el cuerpo, en la memoria emocional y en la forma de estar en el mundo.

Entre las manifestaciones más comunes se encuentran:**Disociación:**

La persona se desconecta de su cuerpo o de sus emociones como mecanismo de supervivencia. Esto puede expresarse en sensaciones de irrealidad, amnesia parcial, o dificultad para conectar con el presente.

Alteraciones emocionales:

Oscilaciones entre la anestesia afectiva y la hipersensibilidad emocional; estados de angustia, miedo o vergüenza persistentes.

Síntomas somáticos:

Dolores físicos, tensión muscular, problemas gastrointestinales o sexuales sin causa médica aparente, resultado de la memoria corporal del trauma.

Trastornos del sueño y flashbacks:

Donde la escena traumática irrumpe de forma intrusiva.

Dificultades vinculares:

Desconfianza, miedo a la intimidad o tendencia a reproducir dinámicas abusivas.

Ante esto, las mujeres optan muchas veces por utilizar las drogas de manera que apacigüe los síntomas o simplemente les ayude a sobrevivir.

*Hay que mencionar también que las mujeres en situación de prostitución utilizan las drogas para poder sobrevivir a la violencia prostitucional, e incluso alentadas por el entorno, consumen como forma de soportar los estragos del trauma generado por la grave violencia sufrida.

**La revuelta de las putas. De víctima a activista: Amelia Tiganus*

4.2. La clínica del trauma

Un trauma psicológico es una herida emocional profunda causada por la exposición a un evento o experiencia extremadamente estresante, amenazante o dolorosa, que desborda los recursos internos de la persona para manejarla. La palabra *trauma* viene del griego y significa «herida». En este sentido, el trauma psicológico es una herida en la mente o en el alma.

Según el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría), el trauma se define principalmente en el contexto del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (*Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD*): es una respuesta psicológica prolongada que aparece después de haber estado expuesto a uno o varios eventos traumáticos o situaciones que implicaron una amenaza real o percibida de muerte, lesión grave o violencia sexual.

Aunque el DSM-5 no diferencia por género, la investigación clínica muestra que las mujeres son más propensas a desarrollar TEPT después de un trauma, especialmente cuando el evento está relacionado con violencia sexual, abuso en relaciones íntimas o traumas interpersonales. Además, tienden a presentar más síntomas emocionales y disociativos, mientras que los hombres suelen mostrar más reacciones de ira o impulsividad.

A diferencia del DSM-5, la CIE-11 (ICD-11) Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª edición) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ofrece una perspectiva más global e incorpora una categoría nueva e importante: el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), que reconoce los efectos de traumas prolongados o repetidos, muy comunes en mujeres víctimas de violencia crónica. Este diagnóstico es una de las mayores innovaciones de la CIE-11.

Se aplica cuando el trauma ha sido prolongado o repetido y el individuo no ha podido escapar fácilmente (por ejemplo, abuso infantil crónico, violencia de pareja, explotación sexual, tortura, reclusión, etc.).

Aunque la CIE-11 no introduce diferencias explícitas por sexo, la evidencia clínica muestra que:

- Las mujeres son más vulnerables a desarrollar TEPT y TEPT-C tras traumas interpersonales.
- Los traumas de violencia sexual, violencia de pareja o abuso infantil son los que más frecuentemente conducen al TEPT complejo.
- Las mujeres presentan síntomas más internalizados (culpa, vergüenza, retraimiento) y mayor disociación, mientras que los hombres tienden a externalizar más (ira, conductas de riesgo).

Tras un trauma, el cerebro puede quedar hiperactivado (en alerta constante) o disociado (desconectado del cuerpo y las emociones). El consumo de sustancias o conductas compulsivas actúa como un regulador artificial de ese desequilibrio.

El trauma y la adicción afectan los mismos circuitos cerebrales:**Sistema límbico (amígdala, hipocampo):**

registra el miedo y la memoria emocional.

Corteza prefrontal:

responsable del control de impulsos y la toma de decisiones (se ve inhibida).

Sistema dopaminérgico:

el cerebro busca alivio o placer inmediato para compensar el dolor interno.

MECANISMO	DESCRIPCIÓN
Automedicación emocional	La sustancia reduce temporalmente la ansiedad, el insomnio o la tristeza.
Disociación	El consumo ayuda a «desconectarse» de recuerdos o sensaciones dolorosas.
Recompensa y dopamina	El cerebro aprende a asociar alivio con la sustancia, reforzando la adicción.
Vergüenza y culpa	El trauma genera baja autoestima; el consumo refuerza el ciclo de culpa.
Falta de apego seguro	Las experiencias tempranas de abandono o abuso dificultan la regulación emocional; las sustancias «sustituyen» vínculos afectivos.

La adicción no es un fracaso moral, sino un intento de sobrevivir al trauma. La sanación requiere comprender el dolor que hay detrás, no solo controlar la conducta.

*Asociación Americana de Psiquiatría (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Washington, D.C.: APA, 2013.

Define el trauma y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), base para comprender sus efectos en la conducta adictiva.

*Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11)*. Ginebra: OMS, 2018.

Khantzian, Edward J. (1997).

**The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: Reconsideration and Recent Applications*.

**Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231 -- 244. Propone que las personas usan drogas o alcohol para «automedicarse» ante el dolor emocional del trauma.

5. Los trastornos de personalidad y las adicciones desde la perspectiva de género

La perspectiva de género en salud mental parte del reconocimiento de que las experiencias de hombres y mujeres no son iguales debido a factores sociales, culturales, económicos y de poder.

No se trata sólo de diferencias biológicas, sino de cómo el género condiciona el tipo de trauma, la forma de expresar el malestar y el acceso a la atención.

En este contexto:

- Las **mujeres** tienden a **internalizar el sufrimiento** (culpa, tristeza, ansiedad).
- Los **hombres** suelen **externalizar** (agresividad, impulsividad, consumo de sustancias).

Ambas formas están profundamente ligadas a los roles de género y al aprendizaje social.

Los trastornos de personalidad (TP) implican patrones rígidos, desadaptativos y persistentes de pensamiento, emoción y comportamiento.

Estas características pueden favorecer el desarrollo o mantenimiento de adicciones.

Ejemplos comunes de comorbilidad:

TRASTORNO DE PERSONALIDAD	RELACIÓN FRECUENTE CON LA ADICCIÓN
Antisocial	Mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas; búsqueda de sensaciones intensas.
Límite (Borderline)	Alta impulsividad; uso de sustancias para aliviar vacío, ansiedad o dolor emocional.
Evitativo Dependiente	Uso de sustancias para disminuir ansiedad social o miedo al rechazo.
Narcisista	Uso para sostener una imagen de control, éxito o poder.
Histriónico	Consumo vinculado a la búsqueda de aceptación o excitación emocional.

5.1. Diferencias de género en los trastornos de personalidad

Los estudios muestran diferencias claras entre hombres y mujeres en el diagnóstico y la expresión de los TP:

MUJERES: Mayor prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Dependiente e Histriónico.

Estos trastornos suelen estar relacionados con historia de abuso, trauma sexual o negligencia emocional.

El consumo de sustancias aparece como forma de aliviar dolor emocional, ansiedad o disociación.

HOMBRES: Mayor prevalencia de Trastorno Antisocial, Narcisista y Paranoide.

Las adicciones se asocian con conductas impulsivas, búsqueda de poder y desinhibición social.

A menudo el consumo se ve socialmente reforzado (por ejemplo, beber como «signo de masculinidad»).

Muchos trastornos de personalidad, especialmente el límite, tienen raíces en experiencias traumáticas tempranas.

En las mujeres, estas experiencias suelen ser interpersonales (violencia sexual, abuso infantil, violencia de pareja, control coercitivo).

El trauma repetido afecta el desarrollo del sentido del yo, la regulación emocional y las relaciones de apego, factores que también predisponen al consumo de sustancias.

Por eso, en mujeres con TLP y adicciones, es fundamental un tratamiento con enfoque de trauma y género, no solo centrado en la abstinencia.

5.2. Comorbilidad entre Trastorno de personalidad y adicciones: datos clave

- Entre el 50–70% de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad han tenido un trastorno por consumo de sustancias.
- En el Trastorno Antisocial, las tasas superan el 80% en algunos estudios.
- Las mujeres con TP (Trastorno de personalidad) y adicciones presentan mayor carga de trauma, depresión y ansiedad que los hombres.
- Los hombres, en cambio, suelen mostrar más conductas violentas, criminales o de riesgo asociadas al consumo.

(Fuentes: APA, 2013; Zlotnick et al., 2001; Trull et al., 2010; SAMHSA, 2014.)

Las adicciones y los trastornos de personalidad no surgen en el vacío: están profundamente influenciados por el género, la cultura y las experiencias de trauma.

Comprender estas diferencias permite ofrecer tratamientos más humanos, efectivos y equitativos.

American Psychiatric Association (2013). DSM-5.

World Health Organization (2018). CIE-11.

Herman, Judith (1992). *Trauma and Recovery*.

Najavits, Lisa (2002). Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse.

Trull, T. J., Sher, K. J., et al. (2010). *Personality disorders and substance use disorders: A review of comorbidity and treatment. Clinical Psychology Review*, 30(6), 426–446.*

Covington, S. S. (2008). *Women and addiction: A trauma-informed approach. Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 377–385.*

SAMHSA (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*.

4.3. La patología dual y su importancia en el tratamiento de las adicciones

La patología dual se refiere a la presencia simultánea de un trastorno por uso de sustancias y uno o más trastornos mentales. Esta coexistencia no es un fenómeno marginal: diversos estudios muestran que las personas con adicciones presentan una prevalencia significativamente mayor de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general. Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastornos psicóticos.

*La patología dual no es simplemente la suma de dos diagnósticos: es una condición compleja, con interacciones bidireccionales. Un trastorno mental no tratado puede intensificar el consumo como forma de automedicación, mientras que el uso continuado de sustancias puede agravar o desencadenar síntomas psiquiátricos. Esta dinámica circular exige que el abordaje terapéutico sea integrado, coordinado y sostenido en el tiempo.

La detección de patología dual evita interpretaciones reduccionistas que atribuyen todo el malestar al consumo, invisibilizando la presencia de un trastorno mental previo o concomitante.

La evidencia señala que separar los tratamientos, tratar primero el consumo y luego la salud mental, o viceversa, genera peores resultados. Los programas más eficaces son aquellos que abordan ambos ejes simultáneamente.

*En mujeres, la patología dual está fuertemente vinculada a vivencias traumáticas. Incorporar marcos de intervención sensibles al trauma es indispensable para evitar nuevas formas de violencia institucional y para promover procesos de recuperación seguros.

*Szerman, N., Martínez-Raga, J., & Peris, L. (2017). Manual de patología dual. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

*Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). (2019). Guía clínica para el tratamiento de la patología dual.

*Fraser, S. & Seear, K. (2016). Gender, Power and Addiction: Critical Feminist Perspectives. Routledge.

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS:

un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad



Módulo III

El abordaje clínico en el tratamiento de las adicciones con metodología basada en la perspectiva de género e interseccionalidad

VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

Índice

Módulo III. El abordaje clínico en el tratamiento de las adicciones con metodología basada en la perspectiva de género e interseccionalidad

1. Modalidades de tratamiento	60
1.1. Tratamiento ambulatorio	61
1.2. Centro de día	60
1.3. Centro residencial o comunidad terapéutica	66
2. Principales modelos de intervención en psicoterapia para el tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género	68
2.1. La entrevista motivacional y el modelo transteórico del cambio	68
2.2. Modelo Cognitivo-Conductual (TCC / CBT)	70
2.3. Modelo Sistémico-Familiar	72
2.4. La Terapia Focalizada en la Transferencia	72
2.5. Modelo de Reducción de Daños	73
2.6. Tratamiento farmacológico	74
2.7. Pruebas toxicológicas	75
3. Modalidad de intervención con perspectiva de género	76
3.1. Psicoterapia individual	76
3.2. Psicoterapia familiar	77
3.3. La psicoterapia grupal	78
4. Fases de intervención en el tratamiento de las adicciones	80
4.1. Acogida y evaluación integral	80
4.2. Motivación y preparación para el cambio	80
4.3. Desintoxicación	80
4.4. Deshabitación y cambio de estilo de vida	80
5. Prevención de recaídas y refuerzo de la abstinencia	80

1. Modalidades de tratamiento

Para el abordaje clínico en el tratamiento de las adicciones con metodología basada en la perspectiva de género e interseccionalidad, el cambio metodológico conlleva crear espacios seguros donde las personas puedan expresar libremente experiencias relacionadas con el género (violencias, roles de cuidado, estigmas, etc.). Por ejemplo, en los grupos terapéuticos solo de mujeres se trabaja el vínculo entre consumo, abuso sexual, maternidad o relaciones de pareja violentas y en el caso de hombres, se abordan temas como masculinidad, control emocional, presión social o violencia.

Muchas mujeres con adicciones han vivido violencia física, sexual o psicológica. Por eso, los programas con enfoque de género integran atención psicológica especializada en trauma, acompañamiento legal y protección social y se deben coordinar, servicios de adicciones con casas de acogida, servicios de igualdad o redes de apoyo comunitario.

Los tratamientos de adicciones son un lugar para la detección de la violencia de género. Las personas suelen venir a tratamiento de adicciones poniendo el foco en su consumo de drogas, buscando ayuda para controlar el consumo. Pero cuando se indaga, aparece lo que hay detrás del consumo. El consumo es un síntoma que sujeta un dolor profundo que la persona no puede tolerar y que siente que debe anestesiarse. Por eso, haber padecido o seguir padeciendo violencia de cualquier tipo, el abandono, el trauma, la soledad no elegida... están detrás de las conductas adictivas.

En el caso de las mujeres, es muy frecuente encontrar:

- Violencia por parte de parejas masculinas (la más común).
- Violencia intrafamiliar desde la infancia.
- Violencias comunitarias o sociales (acoso, abuso, explotación sexual).
- Violencias relacionales en vínculos significativos.

Muchas mujeres utilizan las sustancias para:

- Anestesiarse el dolor físico y emocional.
- Reducir ansiedad, culpa o terror.
- Aumentar la tolerancia para sobrevivir en contextos de violencia.
- Mantener la “tranquilidad” en situaciones de control coercitivo por parte de la pareja.
- Sostener dinámicas de dependencia emocional y económica.

Es importante no perder de vista que el objetivo no es solo la abstinencia, sino sanar el trauma, comprender lo que hay detrás de la adicción y reconstruir identidad y autonomía.

Se debe prestar espacios de seguridad física y emocional como prioridad y además evitar siempre la revictimización. Para ello, los equipos deben estar formados en violencia de género y trauma complejo. Debe tratarse de garantizarse que existan espacios exclusivos para las mujeres en algunas dinámicas.

1.1. Tratamiento ambulatorio

Muchas mujeres no acceden a los servicios de atención a las adicciones y si lo hacen abandonan rápido, en cierta medida, porque éstos, están llenos de hombres. Si toman la decisión de ir y cuando acceden se encuentran con que no tienen donde dejar a sus hijos e hijas, pasan por la entrada y se encuentran con hombres que pueden parecerse a sus agresores u hombres que se convierten en “material seducible” para desarrollar su trampa de dependencia emocional, si no tenemos en cuenta todo esto y más, flaco favor les hacemos. Es necesario que los espacios de tratamiento sean espacios seguros para ellas, que estén en contacto con otros servicios de violencia de género y que presten una atención integral y especializada con perspectiva de género e interseccionalidad.

Un tratamiento ambulatorio de adicciones es una modalidad de atención en la que la persona con problemas de consumo recibe apoyo terapéutico sin necesidad de ingresar en un centro residencial u hospitalario. Es decir: acude a sesiones programadas y luego regresa a su entorno cotidiano (casa, trabajo, estudio, familia, etc.).

Objetivos principales

- Reducir o eliminar el consumo
- Desarrollar habilidades de afrontamiento
- Prevenir recaídas
- Abordar problemas emocionales, familiares y sociales asociados
- Favorecer la reinserción social y laboral

¿Para quién está indicado?

Suele ser adecuado para personas que:

- Mantienen cierto nivel de funcionalidad (trabajo, vínculo familiar...)
- Cuentan con una red de apoyo relativamente estable
- No requieren desintoxicación médica intensiva
- Están motivadas hacia el cambio

Cuando hay gran gravedad médica o psiquiátrica, consumo cronificado o imparable a pesar de los esfuerzos y la motivación de la persona, además de falta de soporte familiar, suele recomendarse un tratamiento residencial.

Psicoterapia individual:

Espacio individual para promover el cambio y acompañar en el proceso.

Psicoterapia familiar:

Trabajo sistémico para ampliar la mirada y mejorar la comunicación.

Psicoterapia grupal:

Apoyo y prevención de recaídas y psicoeducación.

Atención médica psiquiátrica:

Manejo de la ansiedad, depresión y comorbilidad y apoyo farmacológico.

Analíticas de tóxicos:

Valoración y registro de consumo de tóxicos.

Seguimiento:

Prevención de recaídas, refuerzo de la abstinencia, acompañamiento individual.

Acompañamiento social:

Derivación a otros servicios, acompañamiento coordinado: empleo, vivienda, recursos comunitarios.

El tratamiento ambulatorio puede ser muy eficaz ya que permite tratar los problemas de adicción mientras se mantiene la vida cotidiana, se consigue la abstinencia en el entorno real de la persona y se camina hacia la autonomía y responsabilidad, ensayando en el escenario verdadero donde se tiene que desenvolver: su vida.

Sin embargo, puede ser un tratamiento insuficiente si la persona mantiene un consumo muy cronicado o dependencia severa, si está en continuo riesgo y tiene acceso continuado a la sustancia.

En el caso de las mujeres que acuden a tratamiento ambulatorio es necesario tener en cuenta todas sus particularidades, sociales, emocionales y biográficas y adaptarse a necesidades que provienen de vivencias particulares asociadas casi siempre a la violencia de género.

Es importante desarrollar actividades no mixtas dentro de la modalidad de tratamiento como las terapias grupales no mixtas, espacios solo de mujeres para practicar la sororidad y compartir experiencias similares sintiéndose comprendidas en espacio seguro y libre de condicionantes como la necesidad de seducción hacia el hombre o la obligatoriedad de tapar el estigma delante de otros.

No solo se trata de poner la atención en el consumo, sino de trabajar sobre otros aspectos importantes como:

- **Empoderamiento personal**
- **Autoestima**
- **Red de apoyo**
- **Regulación emocional post-trauma**

Es importante que el centro se adapte a necesidades como el cuidado de los hijos o hijas pequeños. Muchas mujeres tienen verdaderas dificultades para acudir a los tratamientos ya que no tienen donde dejarlos. Es importante promover que haya un servicio de guardería que cuide mientras la madre realiza la terapia de forma que pueda dedicarse a ella mientras que se cuida de los hijos o hijas.

*Los centros ambulatorios pueden ser espacios de contacto no necesariamente orientados a la abstinencia inmediata, sino con enfoque en la seguridad, salud y dignidad.

Es imprescindible que se complemente además con atención psicosocial y comunitaria, que exista conexión con los servicios sociales de base y servicios comunitarios. Si hay violencia de género el apoyo en temas legales es necesario por lo que exige coordinación y apoyo de las instituciones.

El equipo profesional debe tener formación en género trauma y adicción para proporcionar un entorno seguro y no revictimizante.

Además, el centro ambulatorio debe proporcionar seguimiento y prevención de recaídas o refuerzo de la abstinencia:

- Diseño de un plan de alta que considere vulnerabilidades específicas de género.
- Seguimiento post-tratamiento (revisiones, grupos de mantenimiento, recursos comunitarios).

**La cooperativa Metzineres (Barcelona) atiende a mujeres usuarias de drogas que sobreviven violencias, ofreciendo reducción de daños, apoyo comunitario, espacios seguros y actividades culturales*

La Fundación Etorkintza tiene un programa dirigido específicamente a mujeres (o al menos con una vertiente de género) muy desarrollado, con varias líneas:

Programa “Mujer” / “Mujer y Género”

Fundación Gizakia – Programa de atención a mujeres con problemática de adicciones

Plan Nacional sobre Drogas – Programas específicos para mujeres

Proyecto en Canarias para promover la autonomía y el autocuidado en mujeres con adicciones

Fundación Diagrama – Programa de intervención para mujeres con adicciones en contexto penitenciario Diagrama tiene un programa de “Intervención con Mujeres con Problemas de Adicción desde la Perspectiva de Género” en prisiones.

Itinerarios personalizados desde enfoque de género (Inmujeres) programa “MARA” para mujeres víctimas de violencia de género con conductas adictivas, y un programa específico para el abuso de psicofármacos en mujeres.

1.2. Centro de día

El centro de día es un servicio terapéutico no residencial, en régimen abierto, para personas con adicciones. En lugar de ingresar a un centro las 24 h, las personas pasan las horas de tratamiento en el centro durante el día, pero vuelven a su hogar por la tarde.

Está diseñado para ofrecer un apoyo estructurado, con actividades terapéuticas, formativas, de reinserción social y ocupacional, a su vez, se coordina con otros recursos asistenciales y comunitarios, como centros ambulatorios de adicciones o servicios sociales.

¿Para quién puede ser útil?

- Personas con adicción que no necesitan un ingreso residencial, pero requieren más intensidad que sesiones esporádicas.
- Personas que han hecho desintoxicación o tratamiento en internamiento y necesitan un paso intermedio antes de volver a su vida "normal".
- Personas con adicción que quieren mantener su vida cotidiana: trabajo, familia, vivienda, pero necesitan apoyo intensivo para consolidar la recuperación.
- Personas con dificultades sociales, laborales o de inserción que también necesitan acompañamiento para reconstruir su vida.

¿Qué servicios ofrece un centro de día de adicciones?

Algunos de los servicios y actividades típicas son:

Terapia individual

Sesiones para trabajar aspectos emocionales, cognitivos y motivacionales.

Terapia grupal

Grupos de apoyo entre personas en recuperación, terapia de grupo, psicoeducación.

Actividades socioeducativas / ocupacionales

Talleres de formación, actividades para mejorar habilidades sociales, planificación de tiempo libre saludable.

Acompañamiento psicosocial

Trabajo por parte de educadores y educadoras sociales, trabajadores y trabajadoras sociales...

Atención médica / psiquiátrica

Para tratar síntomas de abstinencia, comorbilidades (ansiedad, depresión ...) y ofrecer evaluación médica.

Orientación laboral / integración

Ayuda para la reinserción laboral, formación, asesoramiento profesional.

Apoyo familiar:

En algunos centros también se trabaja con las familias para mejorar la dinámica familiar y la comprensión del proceso de adicción.

Prevención de recaídas:

Estrategias, plan de vida, red de apoyo comunitaria. Se compagina con atención ambulatoria si se necesita, por ejemplo, para realizar análisis toxicológicos.

Un centro de día tiene la ventaja de que permite mantener el entorno (familia, casa, trabajo) mientras se está en tratamiento. Dependiendo del centro, generalmente es menos costoso que un ingreso residencial y además permite construir una red de apoyo y recursos comunitarios.

Favorece la autonomía y la responsabilidad, ya que las personas no están aisladas, sino entrenando herramientas en su día a día.

Requiere motivación alta: al volver a casa cada día, puede haber riesgo de recaída si no se ha internalizado el aprendizaje.

No es adecuado para todos los casos: para personas con consumo muy descontrolado o riesgo médico elevado, puede no ser suficiente y además la lista de espera puede ser en ocasiones muy larga.

No siempre hay centros de día con enfoque de género en todas las comunidades autónomas, lo que limita el acceso a estos espacios para las mujeres por estar masculinizados.

Los recursos mixtos (hombres y mujeres) pueden no ofrecer espacios suficientemente seguros o dedicados a abordar las necesidades específicas de las mujeres, por ello es importante insistir en que las entidades necesitan formación específica en género para su personal para que la perspectiva no sea sólo “decorativa”, sino realmente integrada.

Claves de un centro de día con perspectiva de género

Atención específica para mujeres

Puede haber grupos o itinerarios diseñados solo para mujeres, que aborden trauma, roles de género, maternidad, violencia, etc.

Intervención multidisciplinar

Psicólogas, trabajadoras sociales, educadoras, médicos, para una visión integral.

Coordinación con servicios de igualdad o violencia de género

Importante para derivar a recursos especializados cuando sea necesario.

Itinerarios emocionales y relacionales

No sólo centrados en el consumo, sino también en la gestión emocional, la autoestima, la identidad de género.

Empoderamiento

Reforzar la autonomía, el auto-cuidado, la resiliencia, y crear redes seguras entre mujeres.

*Centros / recursos en Bizkaia / Euskadi con atención diurna y enfoque de género (o programas para mujeres)

Fundación Etorkintza — Centro de día / programas “Mujeres” (KEMENDUZ) y Andrés Aya Goñi (centro de día)

Gizakia — Atención a mujeres / Centro de día (Eguneko zentroa / Madariaga / KAIA)

Hospital / Centro de Día de Adicciones “Manuene” — Osakidetza (Larrabetzu, Bizkaia)

Recursos de la red foral y proyectos de inclusión social con centro de día (Bizkaia gara / Diputación Foral)

- Fuente: página de proyectos Bizkaia gara / Diputación.

1.3. Centro residencial o comunidad terapéutica

*Los centros residenciales o comunidades terapéuticas son espacios donde personas con problemas de salud mental, adicciones o situaciones de vulnerabilidad social reciben atención integral en régimen de internamiento parcial o total.

Las mujeres y personas LGBTIQ+ que atraviesan situaciones de consumo problemático, violencia de género o trastornos emocionales enfrentan barreras estructurales en el acceso a tratamientos residenciales lo que les expone a riesgos múltiples como : estigma, discriminación, falta de espacios seguros y atención no especializada.

Por ello, se requiere una comunidad terapéutica residencial con enfoque de género, centrada en la reparación integral del daño, el empoderamiento y la autonomía personal, desde un marco de derechos humanos e interseccionalidad.

Si bien la comunidad terapéutica no puede funcionar como un espacio completamente segregado por género, resulta indispensable garantizar una organización interna que proteja la seguridad emocional y física de las mujeres. Para ello, es necesario disponer de espacios diferenciados y actividades no mixtas, especialmente en los ámbitos terapéuticos y de contención emocional.

La mayoría de las mujeres que ingresan a un tratamiento residencial han experimentado violencia de género en distintas formas: pareja, familiar, sexual, institucional o comunitaria y presentan secuelas emocionales asociadas, como trauma complejo, hipervigilancia, disociación, miedo, vergüenza o dificultades para establecer límites. En estos casos, y teniendo en cuenta que la convivencia es intensiva, la presencia masculina en ciertas actividades puede provocar inhibición, retraumatización o silenciamiento, impidiendo el abordaje profundo del trauma.

Por ello, resulta conveniente estructurar la comunidad de modo que los espacios clave sean no mixtos, permitiendo a las mujeres participar en un entorno seguro, protegido y libre de presiones. Los grupos de terapia no mixtos, por ejemplo, son fundamentales para trabajar temáticas específicas como la violencia de género, las dinámicas de control coercitivo, la violencia sexual, los mandatos de género, la culpa, la vergüenza y el impacto del trauma. En estos espacios se favorece la expresión emocional, la validación de experiencias y la construcción de vínculos basados en la sororidad y el acompañamiento entre pares.

La separación de espacios no implica exclusión, sino una medida terapéutica basada en evidencia, cuyo objetivo es garantizar que las mujeres puedan transitar el proceso terapéutico con libertad, sin temor, sin retraerse y sin revivir situaciones dolorosas en presencia de hombres. Las actividades mixtas pueden mantenerse, siempre que estén debidamente reguladas y supervisadas, evitando comportamientos intimidantes o dinámicas de poder que reproducen desigualdades de género.

La comunidad terapéutica es un espacio especialmente complejo en el tratamiento de las adicciones ya que la convivencia entre las personas internas pone en juego todas las estrategias de poder, así como los mecanismos relacionales aprendidos. No es ninguna sorpresa que en lugar de realizar un tratamiento centrándose en los objetivos de cada persona con respecto a su consumo y su salud mental, algunos y algunas se entreguen a una relación amorosa que sirve para tapar la verdadera razón que los llevó al centro. El “amor” hace de anestésico de manera que la persona vuelve a obtener una cantidad de dopamina adecuada para seguir adelante sin enfrentar la verdadera abstinencia. Es fácil que la convivencia haga que las personas ensalcen las cualidades personales de aquellas con las que conviven, como pasa en las ediciones de “Gran hermano”, de manera que encuentren el amor que necesitan para seguir adelante. Además, se comparte patología o consumo por lo que las personas parecen entenderse e identificarse lo que potencia la sensación de enamoramiento.

Además, al establecer relaciones románticas en un contexto terapéutico, es común que se reactiven patrones aprendidos previamente, especialmente aquellos vinculados a dinámicas de dependencia, control o sumisión. En consecuencia, las relaciones de violencia y sometimiento tienden a repetirse, incluso dentro del propio espacio de tratamiento. Esto coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que:

Pueden reproducir vínculos basados en el miedo, la culpa o la necesidad de validación

Pueden aceptar comportamientos dañinos como parte de la relación

Pueden sufrir presiones, chantajes o manipulaciones emocionales

Se dificulta su autonomía y su capacidad para tomar decisiones libres

Se incrementa el riesgo de abandono del tratamiento o desregulación emocional.

Se pone en riesgo la recaída inmediata

Estas relaciones, lejos de aportar estabilidad, suelen activar heridas previas, reforzar el trauma y obstaculizar el trabajo clínico, especialmente cuando las mujeres han vivido violencia de género o abuso emocional en sus vínculos pasados. Por ello, es indispensable que la comunidad terapéutica establezca normas claras sobre los vínculos afectivo-sexuales, así como espacios de reflexión y educación emocional que permitan comprender:

- por qué surgen estos vínculos en contextos de vulnerabilidad
- cómo se relacionan con los patrones traumáticos del pasado
- por qué representan un riesgo para la recuperación integral

Garantizar un entorno terapéutico libre de presiones afectivas o dinámicas de poder es esencial para evitar que se repitan relaciones que perpetúan el sufrimiento y limiten el proceso de *empoderamiento de las mujeres*.

***Centro Residencial de Tratamiento de Adicciones Kortezubi – ETORKINTZA**

- Es un recurso residencial para personas con adicciones que necesitan un distanciamiento de su entorno habitual.
- Tiene carácter mixto y proporciona un tratamiento integral biopsicosocial.

Dispone de 39 plazas.

***Comunidad Terapéutica Gordexola – GIZAKIA**

- Recurso residencial 24 h para personas con adicción severa.
- Tiene 40 plazas y es gestionado por la Fundación Gizakia

2. Principales modelos de intervención en psicoterapia para el tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género

2.1. La entrevista motivacional y el modelo transteórico del cambio

La Entrevista Motivacional (EM) y el Modelo Transteórico del Cambio (MTC) son dos enfoques que se complementan de manera muy efectiva en el tratamiento de conductas adictivas y otros problemas de salud y son históricamente los dos marcos de intervención que concretan la estrategia que incide en la consecución de los objetivos fijados en el tratamiento.

El MTC aporta un mapa para entender en qué momento está la persona con respecto a la conciencia de problema y la capacidad para activarse en el logro de los objetivos y el mantenimiento de estos. Mientras que la entrevista motivacional es un estilo terapéutico centrado en la persona que busca evocar la motivación interna para el cambio y resolver la ambivalencia. Ambas estrategias están dirigidas a trabajar la consecución de la abstinencia y el mantenimiento de esta.

Sin embargo, aplicando la perspectiva de género es importante resaltar que la abstinencia o la búsqueda de ésta, puede no ser siempre el punto de partida a la hora de empezar un tratamiento ya que, en muchas ocasiones, las mujeres necesitan primero vincularse, confiar y trabajar otros aspectos esenciales para posteriormente dar el paso a la búsqueda de abstinencia o reducción del consumo. Pedir la abstinencia previa a entrar en un recurso de tratamiento o para iniciar un proceso terapéutico puede ser un motivo para la pronta retirada o abandono del tratamiento por ser un objetivo demasiado ambicioso. Por ejemplo, las mujeres en situación de prostitución consumen para aguantar la violencia que sufren, con lo que tratar de primeras la retirada de la droga o aquello que les ayuda a soportar, puede resultar contraproducente.

El Modelo Transteórico del Cambio (MTC), propuesto por Prochaska y DiClemente, describe el **proceso de cambio** como un movimiento por **cinco etapas principales**:

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
Precontemplación	La persona identifica el problema y cree que “debería” cambiar, pero no hace nada o no tiene intención de cambiar
Contemplación	Existe ambivalencia: sé que me hace daño, pero...
Preparación	Hay intención clara de cambiar y primeras acciones concretas
Acción	Se producen cambios visibles en la conducta
Mantenimiento	Se consolidan cambios y se previenen recaídas

Además, reconoce que la **recaída** es una parte posible del proceso, no un fracaso.

La entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick, es un estilo terapéutico centrado en la persona que busca evocar la motivación interna para el cambio y resolver la ambivalencia.

Se sostiene en cuatro principios fundamentales:

- Empatía
- Desarrollar discrepancia (entre conducta actual y valores)
- Acompañar la resistencia (en lugar de confrontar)
- Reforzar la autoeficacia

***Cómo se combinan MTC + EM con enfoque de género**

ETAPA DEL MTC	NECESIDADES COMUNES EN MUJERES	INTERVENCIONES EM ADAPTADAS
Precontemplación	Normalización del consumo por el entorno, miedo al juicio	Empatía, psicoeducación cuidadosa, validación sin culpa
Contemplación	Ambivalencia vinculada a roles de género: “Si cambio, mi pareja me deja”	Evocar valores personales (protección, autonomía)
Preparación	Necesidad de planear logística: cuidados, transporte, seguridad	Co-diseñar plan de acción realista y seguro
Acción	Riesgo de sabotaje de la pareja o entorno	Refuerzo de límites, red de apoyo femenina
Mantenimiento	Trauma no resuelto → riesgo de recaída	Prevención de recaídas traumáticas, autocuidado
Recaída	Alta culpa → abandono del tratamiento	Normalizar el proceso y reactivar motivación

DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2005). *Motivational Interviewing and the Stages of Change*. In S. Rollnick & W. R. Miller (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed., pp. 147-156). Guilford Press.

SAMHSA. (2014). *Using Motivational Interviewing in the Treatment of Substance Use Disorders: Advisory 35*. U.S. Department of Health and Human Services.

Korcha, R. A., et al. (2015). *Intensive Motivational Interviewing for Women with Alcohol. Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(3), 361-378.

2.2. Modelo Cognitivo-Conductual (TCC / CBT)

La TCC tradicional se centra en cómo los pensamientos, emociones y conductas se influyen mutuamente. El objetivo es modificar patrones disfuncionales de pensamiento y hábitos, dado que pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados.

Las técnicas más utilizadas son la reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades. Es un modelo de intervención muy utilizado en: ansiedad, depresión, adicciones, TOC y fobias.

Si tenemos en cuenta el género como el elemento de subordinación que resulta ser en la vida de las mujeres y que incide en su subjetividad y en su forma de relacionarse reconocemos que los pensamientos y conductas se forman dentro de un contexto sociocultural marcado por desigualdades como los roles impuestos, las violencias, la socialización diferencial, el estigma y discriminación y el acceso desigual a oportunidades y poder. Esto condiciona tanto la conducta como los aprendizajes y las *disonancias cognitivas derivadas de las propias contradicciones de lo interiorizado.

	DESEO O REALIDAD PERSONAL	RESULTADO
“Debo anteponer a mi familia siempre”	Quiero desarrollarme en mi carrera	Culpa por “ser egoísta”
“Debo aceptar lo que mi pareja diga”	Necesito poner límites	Miedo a ser vista como “conflictiva”
“Una buena madre se sacrifica”	Necesito autocuidado	Vergüenza al priorizarse
“Debo cumplir con estándares de belleza”	Mi cuerpo no encaja en esos ideales	Autoexigencia, baja autoestima
“El amor verdadero lo perdona todo”	Hay violencia o maltrato	Justificación del agresor

La TCC con enfoque de género entiende el malestar como respuesta a condiciones estructurales y opresiones y trata de hacer que las mujeres identifiquen las distorsiones y las disonancias cognitivas y modificarlas.

Distorsión cognitiva	Cómo se expresa en mujeres	Origen sociocultural típico
Personalización	“Si él está enfadado, es mi culpa.”	Responsabilidad por el bienestar emocional ajeno
Deberías / Tengo que	“Debo cuidar a todos.” “Debo ser perfecta.”	Mandato de cuidado + estética normativa
Descalificar lo positivo	Minimizar logros propios	Desvalorización social del éxito femenino
Lectura de mente	“Van a pensar que soy exagerada.”	Miedo al juicio social por romper el rol “agradable”
Razonamiento emocional	“Si me siento mala madre, es que lo soy.”	Idealización del rol materno
Catastrofización	“Si no lo hago bien, todo se destruye.”	Exigencia de perfección en múltiples áreas
Comparación injusta	Compararse con modelos irreales	Presión estética y de rendimiento

*La Teoría de la Disonancia Cognitiva, propuesta por Leon Festinger (1957), sostiene que las personas sienten malestar psicológico cuando mantienen a la vez dos o más ideas, creencias o comportamientos que son contradictorios entre sí.

2.3. Modelo Sistémico-Familiar

En el modelo sistémico familiar el síntoma se entiende dentro de relaciones y sistemas (familia, pareja). El objetivo es cambiar patrones de comunicación y dinámicas relacionales.

Resulta útil en conflictos familiares, problemas de pareja y con adolescentes

Técnicas sistémicas aplicadas con enfoque de género:

TÉCNICA	AJUSTE CON PERSPECTIVA DE GÉNERO
Genograma	Incluir análisis de roles, violencia y mandatos de género
Reestructuración de roles	Redistribución equitativa del poder y cuidados
Reencuadre	Señalar desigualdades naturalizadas
Preguntas circulares	Visibilizar cómo el género organiza expectativas
Alianzas terapéuticas	Cuidar no reforzar opresiones dentro de la sesión

Además, hay que tener en cuenta la interseccionalidad ya que las desigualdades se multiplican según la clase social, etnia, orientación sexual, identidad de género, y diversidad funcional.,

Cada familia es un sistema inmerso en otros sistemas de opresión y privilegio. El rol de la figura terapéutica debe cuestionar estos supuestos estereotipos y no mantenerse neutral frente a la violencia intrafamiliar. Se trata de buscar que la familia funcione pero que funcione de manera justa.

2.4. La Terapia Focalizada en la Transferencia

Es una forma de psicoterapia psicodinámica desarrollada por Otto Kernberg, especialmente diseñada para personas con trastornos de la personalidad, sobre todo Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

La Terapia Focalizada en la Transferencia trabaja la relación paciente-terapeuta como escenario vivo donde se revelan patrones relacionales desorganizados, con el fin de integrarlos y mejorar el funcionamiento emocional e interpersonal. Es la repetición en la relación terapéutica de patrones emocionales y relacionales del pasado.

En TFP se considera el principal material terapéutico. Lo que el paciente siente hacia el terapeuta revela cómo se relaciona consigo mismo y con los demás.

Es muy importante incorporar esta modalidad de tratamiento en adicciones por varias razones. La razón más importante es que es un tipo de terapia que obtiene resultados muy buenos en trastornos de personalidad muy graves y que son muy difíciles de tratar con otras herramientas. Además, en la práctica clínica, históricamente se ha observado que aproximadamente el 75% de los diagnósticos de TLP son en mujeres. Algunos manuales de diagnóstico (por ejemplo, el DSM-5) indican una proporción típica de unas 3 mujeres por cada hombre diagnosticados con TLP en entornos clínicos.

No obstante, estudios de población general (muestras comunitarias) sugieren que la prevalencia puede ser muy similar entre hombres y mujeres, o la diferencia es mucho menor de lo que sugieren las cifras clínicas.

2.5. Modelo de Reducción de Daños

El Modelo de Reducción de Daños (RD) no se centra en la abstinencia como meta única, sino en disminuir los riesgos físicos, psicológicos y sociales asociados al consumo de sustancias.

Este modelo incluye:

Programas de intercambio de jeringas Proporcionar jeringuillas y agujas nuevas y estériles gratuitamente o a bajo coste. Recoger de forma segura las jeringuillas usadas para su correcta eliminación. Ofrecer educación en prácticas de consumo más seguras, así como facilitar el enlace a otros servicios de salud, tratamiento de adicciones, ETS etc.

Reducir el riesgo de transmisión de enfermedades de transmisión sanguínea (como VIH, hepatitis C) entre personas que se inyectan.

Dispensación de metadona, indicada como tratamiento de mantenimiento o de sustitución para personas con dependencia a opiáceos (como la Heroína).

Educación y uso más seguro de sustancias: higiene, alimentación, vivienda.

Las mujeres que se inyectan drogas viven situaciones específicas de vulnerabilidad: violencia de género, explotación sexual, cárcel, estigma añadido... Hay que poner en valor las experiencias vitales negativas, valorar la resiliencia y acompañar a recuperar vidas habitables.

Las vidas de muchas mujeres son vidas que entrañan una alta complejidad por la vulneración sufrida de manera continuada. Hay que contemplar desde los traumas vividos en la infancia, hasta el desarrollo de patrones repetitivos y cronificados de violencia y repetición del trauma original. Hay que tratar de poner en valor la vida de estas mujeres que inmersas en situaciones de extrema dureza y muy difíciles de soportar, tratan de sobreponerse al dolor en los espacios de tratamiento. El acompañamiento debe realizarse libre de juicios creando espacios sólo para mujeres o grupos seguros LGBTIQ+. Se debe incorporar protección de maternidad y cuidados como guarderías en dispositivos.

Es imprescindible que el material preventivo esté adaptado a cuerpos y realidades femeninas. Que los dispositivos estén en contacto con otras redes de apoyo y que se haga hincapié en la capacitación del personal en género y derechos.

La Intervención callejera para mujeres en situación de prostitución o sin hogar, permite llegar a mujeres invisibilizadas, vulneradas y ofrece un puente tangible hacia los recursos que pueden cambiar el curso de su vida. Cuando hablamos de mujeres, violencia y adicciones, resulta imprescindible tener en cuenta a este colectivo especialmente estigmatizado y vulnerable. Es un colectivo mayormente de mujeres que acumulan trauma complejo (abuso continuado) y trauma temprano (abuso sexual o físico en la infancia) y muchas de ellas se encuentran en situación de calle o exclusión social lo que les hace vulnerables a la drogadicción.

2.6. Tratamiento farmacológico

En los tratamientos de adicciones, en muchos casos es necesario el tratamiento médico farmacológico, aunque no siempre. Depende del tipo de sustancia, la gravedad del trastorno y las condiciones médicas de la persona.

Hay casos en los que no es ético ni seguro intervenir solo con psicoterapia como es el caso de los opiáceos como la heroína o el fentanilo, en los que hay grave riesgo de sobredosis o de abstinencia grave y existe el tratamiento de mantenimiento con metadona, buprenorfina o naltrexona. En el caso del alcohol, la abstinencia puede ser potencialmente mortal y causar delirium tremens y daño orgánico por lo que también es importante el seguimiento médico. En el caso de las benzodiacepinas, la retirada tiene riesgo para la persona porque podría convulsionar por lo que es importante realizar una retirada gradual y controlada.

En adicciones como la cocaína, el cannabis, las anfetaminas o el juego patológico, por ejemplo, no existen fármacos curativos específicos, pero sí medicación útil para: reducir craving, tratar trastornos mentales asociados (depresión, ansiedad, psicosis) y regular sueño, impulsividad y afectividad. Aquí, la mayor parte de las veces, la psicoterapia tiene un papel central y la medicación puede ser un apoyo.

Las mujeres y los hombres responden de forma distinta a las sustancias, a la progresión hacia la dependencia, y al tratamiento farmacológico por razones biológicas que tiene que ver con el propio metabolismo y las hormonas y por razones socioculturales ya que el estigma asociado a la adicción hace que, las mujeres, acudan menos a los centros de tratamiento. Así mismo, los ensayos clínicos han tomado como muestra a los hombres, por lo que no existe demasiada investigación ni ensayo clínico con resultados segregados. Se ha tomado como referencia al hombre: el hombre como muestra para los ensayos clínicos.

Hay que poner especial atención en la farmacología recetada a las mujeres ya que hay una tendencia a engancharse a los psicofármacos debido a su efecto sedante, en especial las benzodiacepinas, y su carácter legal. Es importante valorar la selección del fármaco y el ajuste de la dosis.

Por otro lado, es necesario un abordaje farmacológico adaptado por ejemplo para los problemas hepáticos y cardiovasculares. En los programas de sustitución de opiáceos (metadona, buprenorfina) hay investigaciones que apuntan que es imprescindible vigilar factores hormonales (embarazo, menopausia), peso corporal y potencial cardiológico en mujeres porque podrían ser más peligrosos para ellas.

*El equipo médico debe estar sensibilizado en género: reconocer desigualdades, estigma, cronificación más rápida en mujeres “telescoping effect” y necesidades específicas.

*Es fundamental que exista una supervisión médica y protocolos de género para asegurar que el tratamiento farmacológico no se administre de manera genérica, igual y por tanto inadecuada.

*Marks, K. R., & Clark, C. D. (2017). *The Telescoping Phenomenon: Origins in Gender Bias and Implications for Contemporary Scientific Inquiry. Substance Use & Misuse.*

*Towers, E. B., Williams, I. L., Qillawala, E. I., Rissman, E. F., Lynch, W. J. (2023). *Sex/Gender Differences in the Time-Course for the Development of Substance Use Disorder: A Focus on the Telescoping Effect. Pharmacological Reviews.*

*¿Estoy tomando medicación por una situación que en realidad es violencia? Mujeres y psicofármacos. Análisis con perspectiva de género https://www.gizakia.org/sites/default/files/2025-11/Gu%C3%ADa%20Adicciones_CAST.pdf

*Bacigalupe A, Cabezas A, Baza Bueno M, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34(S1): 61-67.

2.7. Pruebas toxicológicas

Son las pruebas (test) de detección de drogas en fluidos biológicos, como orina, sangre, pelo, saliva, que permiten verificar el uso reciente o no de sustancias psicoactivas.

En el contexto clínico y de tratamiento de adicciones, estas analíticas se utilizan para el diagnóstico, seguimiento terapéutico, evaluación de riesgo, cumplimiento judicial, etc.

Las analíticas de tóxicos son una herramienta que permite valorar cuantitativamente el proceso de tratamiento, pueden actuar como refuerzo positivo y mejorar la adherencia al tratamiento y la abstinencia. Sin embargo, para las mujeres, puede ser un momento de mucha angustia que las analíticas de orina se realicen de forma presencial. Es decir, cuando hay obligatoriedad judicial, el protocolo puede indicar que las analíticas de orina han de hacerse de forma presencial, lo que indica que el enfermero o enfermera o figura médica, deben estar mirando para asegurarse que la persona realiza la analítica y no trae de su casa la orina de otra persona. Esto puede ser especialmente delicado para las mujeres ya que orinar delante de un hombre puede resultar violento, especialmente si han sufrido abusos.

El objetivo es monitorizar el consumo y es necesario garantizar que no generen más estigma explicando que estas pruebas tienen un gran valor terapéutico y animando a la persona a hacerlo para conseguir sus propios objetivos de reducción o abstinencia. Es primordial evitar la revictimización y que la analítica sea un puente hacia la ayuda y no un castigo.

Es una herramienta que bien utilizada puede generar un aumento de participación de mujeres en tratamiento, fomentar la regeneración de la confianza en los servicios, que haya menos abandonos y mejora en indicadores de salud.

3. Modalidad de intervención con perspectiva de género

3.1. Psicoterapia individual

La psicoterapia individual es una modalidad de intervención en la que paciente y terapeuta trabajan en un vínculo profesional, con objetivos acordados para mejorar el bienestar psicológico, relacional y funcional de la persona. En este espacio debe darse la norma fundamental de confidencialidad. La confidencialidad es un principio ético y legal que establece que toda la información que la persona comparte en terapia debe ser protegida y no divulgada sin su consentimiento. Es esencial para generar confianza, seguridad emocional y una relación terapéutica efectiva. Sólo puede romperse en algunas excepciones: Riesgo grave para la vida o integridad de paciente o terceros, Abuso o maltrato hacia menores, personas con discapacidad, adultos dependientes o bajo requerimiento judicial fundamentado. Aun en estos casos, se comparte solo la información estrictamente necesaria.

La intervención clínica que incorpora el análisis de cómo el género, desigualdades y violencias estructurales influyen en la salud mental, la identidad y las relaciones de las personas, es una intervención más eficaz porque tiene en cuenta factores sociales y relacionales fundamentales a la hora de comprender a la persona de forma integral.

De manera transversal y desde cualquier modelo teórico de intervención, la perspectiva de género e interseccional favorece trabajar la subjetividad de la persona dentro de su contexto, ayuda a la comprensión contextual del síntoma y contribuye a la autonomía y agencia personal.

Se espera de la figura terapéutica que proponga una escucha activa sin sesgos, tenga sensibilidad a experiencias de violencia y no caiga en la revictimización. Es necesario tener formación especializada para tratar el trauma con perspectiva de género. Además, es importante el conocimiento de recursos comunitarios y estructuras administrativas que favorecen y optimizan la intervención en adicciones y violencia.

Aunque la psicoterapia sea en formato individual, es importante el trabajo en equipo cuando se trata adicciones y violencia y que los equipos profesionales estén supervisados por otras figuras expertas que ayudan a gestionar los recursos y apoyan emocionalmente.

La supervisión de equipos terapéuticos es un proceso formativo, ético y clínico que busca garantizar la calidad en la atención, sostener al equipo y fortalecer el marco profesional de la intervención psicoterapéutica. Debido al impacto que puede tener el trauma en la salud mental de las personas y en la figura del terapeuta al sostener, es necesario mejorar la eficacia terapéutica y prevenir el desgaste profesional (burnout, fatiga por compasión) cuidando a los equipos terapéuticos a través de supervisiones. Ayuda a sostener la alianza terapéutica, revisar contratransferencias, dinámicas relacionales y mantener estándares éticos. Incluso, puede promover el pensamiento crítico y la reflexión clínica conjunta.

Cuando se trabaja con violencia y especialmente con violencia de género el burnout es muy frecuente debido a la intensidad del contenido de las sesiones terapéuticas. La exposición constante al trauma ajeno (trauma vicario) puede generar un impacto en la figura terapéutica ya que se escuchan historias de crueldad, abuso y sometimiento constantemente. También, es frecuente la ambivalencia donde la persona maltratada vuelve una y otra vez con su agresor reproduciendo

el ciclo de la violencia y generando una alta sensación de impotencia. La impotencia puede venir provocada por la no consecución de objetivos por parte de la persona tratada, pero también frente al sistema judicial o la administración pública.

Por encima de todo, es un trabajo que contiene una gran carga ética: *“Si no hago bien mi trabajo, podría pasar algo grave”* y se realiza muchas veces en contextos laborales precarios y con falta de apoyo institucional.

La elección del perfil profesional no es neutra: influye en la seguridad emocional, la alianza terapéutica y la posibilidad de abordar el trauma con perspectiva de género. No existe una única respuesta correcta en cuanto a si es preferible un terapeuta hombre o una mujer, pero sí criterios para decidir qué es más adecuado en cada caso. No podemos perder de vista que en la mayoría de los casos la violencia de género es ejercida por hombres.

Un terapeuta hombre puede ser muy positivo cuando está formado en perspectiva de género y trabaja desde una posición no patriarcal ni salvadora. Puede ser reparador para una paciente la idea de que hay hombres no violentos, aliados y respetuosos y puede contribuir a reconfigurar la confianza en vínculos masculinos, trabajar el miedo generalizado a los hombres y cuestionar creencias como *“todos los hombres son iguales”*.

Sin embargo, requiere mucha supervisión, autocrítica y vigilancia del poder que representa. Solo por la posición que ostenta en la distribución de roles y ejes de opresión, el terapeuta hombre debe tener especial cuidado de valorar si es seguro para ellas el trabajo con él. El daño puede ser mayor que el beneficio si se fuerza a la mujer a trabajar con un terapeuta con quien no se siente segura.

La combinación de profesionales mujeres y hombres es muy valiosa en las coterapias en los formatos de intervención familiares y/o grupales, ya que modela relaciones colaborativas e igualitarias, permite miradas complementarias y reduce sesgos y puntos ciegos.

El equipo siempre debe estar formado en perspectiva de género y tener supervisión especializada.

3.2. Psicoterapia familiar

La psicoterapia familiar es una intervención centrada en las relaciones, es un enfoque de intervención clínica que considera que los problemas emocionales y conductuales no se generan ni se mantienen únicamente en una persona, sino en la red de vínculos y patrones relacionales de la familia.

*Se basa en el modelo sistémico, que entiende a la familia como un sistema dinámico, donde:

- Todos los miembros se influyen mutuamente
- Los síntomas individuales cumplen una función en el sistema
- El cambio en uno implica cambio en todos

La unidad de trabajo no es el individuo, sino las relaciones familiares.

La violencia silenciosa en los sistemas familiares

La psicoterapia familiar, desde una perspectiva de género, analiza cómo la violencia de género no solo ocurre en la relación de pareja, sino que se sostiene y legitima en las dinámicas familiares y generalmente se aprende ahí. La familia suele ser la primera escuela de la violencia de género. La familia es un sistema social, afectivo y relacional conformado por personas unidas por lazos de convivencia, cuidado, pertenencia y apoyo. No se define solo por la biología o el parentesco legal, sino por las funciones que cumple.

La familia es un *sistema dinámico*, donde cada miembro influye en los demás y los cambios en uno afectan al conjunto. Tiene sus propias normas, roles, jerarquías y formas de comunicación.

*La violencia en la familia no siempre es visible. Muchas veces opera en formas silenciosas, normalizadas e invisibles, afectando profundamente a mujeres, hijas e hijos. Son aquellas formas de violencia que no dejan marcas físicas, pero se expresan en diferentes formatos: minimización o negación del daño (“no es para tanto”), control económico, emocional o social, manipulación y chantaje emocional, gaslighting, aislamiento, sobrecarga del rol de cuidados y tareas domésticas que recae en las mujeres y no en los hijos varones, reproches, descalificaciones, amenazas veladas, silencios tensos e indiferencia afectiva.

Muchas familias creen que han superado la crianza machista dado que ya no pegan a sus mujeres, ellas están en el mercado laboral o los hombres también colaboran en la casa. Pero lo cierto, es que hay tantas formas de violencia de género no visibles que pasan desapercibidas para aquellas personas que no son sensibles a ello.

Es importante traer a la consciencia aquello que se hace sin darse cuenta y que daña, identificar los procesos activos que significan violencia dentro de las interacciones familiares y ayudar a nombrar la violencia pasando de lo silencioso a lo visible. Es importante desnaturalizar aquello que sostiene el abuso y empoderar a la paciente identificada para la toma de decisiones y autonomía.

Se necesita experiencia y conocimiento para tratar de reparar el trauma dentro de la familia, pero es muy efectivo cuando hijos e hijas han estado expuestos a la violencia.

*Pescando barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve aplicada a familias con alta resistencia al cambio... Joel S. Bergman

*(recomendación de serie y película que aborda la violencia silenciosa en las familias: “Querer (serie) y Los domingos (película)” de Alauda Ruiz de Azúa)

3.3. La psicoterapia grupal

*La psicoterapia grupal permite que la persona se reconozca a través de la mirada del otro, transforme sus vínculos y experimente nuevas formas de relación más seguras y equitativas, convirtiéndose así en una herramienta esencial para la intervención con problemáticas complejas como la violencia y las adicciones, especialmente desde una perspectiva de género.

Los grupos no mixtos (integrados únicamente por mujeres, o únicamente por hombres según los objetivos terapéuticos) son fundamentales en el abordaje de la violencia de género y las adicciones. Esto se debe a que crean un contexto terapéutico donde se minimiza la asimetría de poder que existe en las relaciones heteropatriarcales y que tiende a reproducirse también dentro de los espacios grupales.

Cuando no hay hombres presentes, las mujeres pueden hablar de sus experiencias de violencia sin temor a juicios, silencios impuestos, minimización o represalias simbólicas además actúa como espejo para compartir experiencias similares y verse a una misma en las otras lo que favorece el cambio de forma más rápida. Los hombres tienden a victimizarse en grupo, especialmente en cuestiones como la violencia de género compartiendo ideas de persecución por parte de las denuncias falsas y las leyes de género promovidas por las feministas. Esto también hace que los grupos mixtos no sean espacios seguros para las mujeres que han sufrido violencia ya que les interpela directamente y les revictimiza haciéndoles sentir culpables de tomar decisiones que van en contra de la violencia que sufren.

Los grupos no mixtos permiten politizar la violencia de género viéndolo como un problema estructural y no individual. Es más fácil deconstruir los mitos del amor romántico y la culpa por las transgresiones cometidas como los consumos de drogas o los comportamientos que no se esperan de ellas. El grupo además ayuda a fortalecer la red social, aspecto clave en la salida del ciclo violencia-adicción.

El grupo actúa como un “contra discurso” al de la violencia: dentro del grupo las mujeres pueden encontrar no solo posibilidades de afrontamiento del trauma, sino también respuestas a las coerciones o control de la pareja y estrategias para evitar agresiones.

*Los grupos no mixtos son una herramienta terapéutica indispensable para la intervención con mujeres que han experimentado violencia y consumo problemático, al proporcionar un entorno seguro donde pueda emerger la palabra, la memoria y la posibilidad de reparación subjetiva y colectiva, por eso, son esenciales en los dispositivos de tratamiento tanto ambulatorios como residenciales y centros de día. Aportan a los recursos herramientas valiosas para ensayar la socialización y la validación colectiva.

Las modalidades comunes incluyen grupos psicoeducativos, centrados en el trauma, duelo o violencia, cognitivo-conductuales para adicciones, ansiedad, depresión, grupos de empoderamiento con perspectiva de género y grupos multifamiliares.

*Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos* (Á. Nebbia, Trans.). Paidós. (Obra original publicada 1961).

*Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2021). *Psicoterapia de grupo: Teoría y práctica* (6.ª ed.). Paidós.

*Díaz-Aguado, M. J. (2013). *Violencia de género: Un enfoque psicosocial*. Síntesis.

4. Fases de intervención en el tratamiento de las adicciones

El abordaje terapéutico de las adicciones se organiza de forma gradual, acompañando el proceso de cambio de la persona y adaptándose a sus necesidades clínicas, sociales y emocionales. Aunque pueden existir variaciones según el recurso o el modelo terapéutico, de manera general se distinguen las siguientes fases:

4.1. Acogida y evaluación integral

El proceso comienza con la creación de un vínculo terapéutico seguro, donde la persona se siente escuchada sin juicio. Se realiza una valoración clínica y psicosocial completa: patrón de consumo, estado físico y mental, factores de riesgo, redes de apoyo, contexto familiar, antecedentes de violencia o trauma y motivación para el cambio. Con esta información se acuerda un plan terapéutico individualizado, centrado en objetivos realistas y significativos para la persona.

4.2. Motivación y preparación para el cambio

En esta fase se trabaja para incrementar la motivación, reduciendo la ambivalencia característica al inicio del tratamiento. Se emplean estrategias como la entrevista motivacional y el análisis de pros y contras del consumo. El objetivo es que la persona se sienta protagonista de su propio proceso y pueda iniciar el cambio con mayor conciencia y compromiso.

4.3. Desintoxicación

La desintoxicación se orienta a reducir o eliminar la sustancia del organismo, controlando los síntomas de abstinencia y atendiendo posibles complicaciones médicas. Puede realizarse de manera ambulatoria o en un dispositivo de mayor supervisión como un hospital. En esta etapa es crucial acompañar el malestar físico y emocional, siempre desde un enfoque de cuidado, contención y comprensión.

4.4. Deshabitución y cambio de estilo de vida

Una vez superada la fase biológica del cese de consumo, se trabaja en cambiar los hábitos, pensamientos y comportamientos asociados a la adicción. Se entrenan estrategias para gestionar el craving, mejorar la regulación emocional y fomentar actividades saludables y motivadoras. También se aborda la historia de vida, el trauma, la autoestima y las relaciones afectivas, con el fin de construir una vida más estable y plena.

5. Prevención de recaídas y refuerzo de la abstinencia

La prevención de recaídas constituye un componente central en el tratamiento de las adicciones. Se basa en la idea de que la recaída no es un fracaso, sino un riesgo inherente al proceso de recuperación que puede anticiparse, manejarse y convertirse en una oportunidad de aprendizaje. El objetivo principal es mantener la abstinencia o el consumo controlado, dependiendo del plan terapéutico y del nivel de riesgo clínico de cada persona.

En esta fase se trabaja en identificar situaciones de riesgo, lugares, personas, emociones, estados corporales o pensamientos, que pueden activar el deseo de consumo. Se entrenan estrategias cognitivas y conductuales para anticipar y afrontar estos contextos de manera eficaz, reduciendo la vulnerabilidad y fortaleciendo la autonomía personal.

Una de las herramientas más relevantes es el manejo del craving, entendido como la urgencia de consumir. Para ello se utilizan técnicas como la distracción conductual, respiración y relajación, reestructuración cognitiva, mindfulness, control de estímulos o la demora de la respuesta. La persona aprende a reconocer el deseo sin actuar de inmediato sobre él, aumentando su capacidad de autocontrol y regulando sus emociones.

El entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas también es fundamental, ya que muchas personas consumían como forma de afrontar conflictos, ansiedad o dificultades relacionales. Del mismo modo, se promueven rutinas saludables, actividades gratificantes y el fortalecimiento de la identidad libre de sustancias, es decir, una vida con sentido más allá del consumo.

El refuerzo de la abstinencia se sostiene mediante metas graduales y celebraciones de los logros alcanzados, fomentando la autoeficacia y el compromiso con el cambio. Se potencia una red de apoyo sólida, ya sea familiar, social, grupal o comunitaria, que acompañe y proteja el proceso terapéutico. El seguimiento continuado en esta etapa reduce de manera significativa el riesgo de recaídas graves.

*Desde una perspectiva de género, la prevención de recaídas debe considerar elementos específicos en el caso de las mujeres: la presencia de violencia o relaciones de control que pueden funcionar como disparadores del consumo, la maternidad y las responsabilidades de cuidado que dificultan el autocuidado, y el estigma social más intenso frente a la recaída o las dificultades emocionales. Por ello, es imprescindible garantizar intervenciones que ofrezcan seguridad, soporte emocional y reducción del daño, para que la abstinencia sea viable y sostenible.

En síntesis, prevenir recaídas implica cuidar, proteger y acompañar a la persona en el mantenimiento de su cambio, reforzando su capacidad para vivir de modo autónomo, seguro y libre de la adicción.

*Instituto de la Mujer. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Guía de recomendaciones para la intervención integral de las violencias de género en mujeres con adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Rojas-Espínola, K., & Tudela, C. (2023). "Perspectiva de género en la intervención con drogodependencias." *Quaderns de Psicologia*, 26(2).

Ruiz-Olivares, R. (2016). "Intervención psicológica en mujeres drogodependientes." *Revista Española de Salud Pública*, 90.

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS:

un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad



Módulo IV

La violencia institucional hacia las mujeres con adicciones

VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

Índice

Módulo IV. La violencia institucional hacia las mujeres con adicciones

Introducción	84
1. La violencia de las figuras profesionales	85
2. La violencia de las instituciones públicas	86
3. La violencia atencional en los servicios de salud	88
4. La violencia policial por falta de perspectiva de género	90
5. La violencia jurídica	92

Introducción

Los recursos de atención a las adicciones y drogodependencias son lugares de detección de muchos tipos de violencia. En concreto, la detección de la violencia machista es un hecho en estos espacios ya que por sus características se atiende continuamente a personas que la perpetran o la padecen. No es lo mismo atender a mujeres que sufren violencia de género, que a mujeres con adicciones que sufren violencia de género. Las segundas encuentran, si cabe, más impedimentos para denunciar y sufren más estigma y, por tanto, mayor violencia institucional y revictimización.

La violencia institucional hacia las personas con adicción se refiere a todas aquellas prácticas, decisiones, omisiones y discursos provenientes de instituciones públicas o privadas que vulneran los derechos, restringen el acceso a la atención o generan un trato discriminatorio hacia quienes viven con un trastorno adictivo. Esta violencia se sustenta en el estigma social que considera la adicción como un fallo personal o una conducta reprochable, en lugar de reconocerla como un problema de salud complejo. También se genera cuando las instituciones no reconocen las adicciones como un problema sociosanitario con toda su complejidad e importancia.

Aunque puede manifestarse de manera directa, suele expresarse de forma silenciosa y normalizada a través de procesos burocráticos, sistemas de acceso excluyentes o actitudes de los o las profesionales que reproducen desigualdad y sufrimiento.

La violencia institucional hacia las mujeres con consumos problemáticos constituye una forma específica de vulneración de derechos que se ejerce desde las propias estructuras del sistema. Esta violencia se manifiesta cuando los organismos que deberían garantizar protección, salud y acceso a la justicia actúan desde el estigma, la discriminación o la omisión, profundizando las situaciones de exclusión que muchas de estas mujeres ya atraviesan.

Generar violencia institucional es más fácil de lo que parece. Basta con un equipo de profesionales no formados en atención con perspectiva de género para ejercerla. Es fácil caer en actitudes paternalistas y estigmatizadoras, especialmente si la víctima es una mujer y toxicómana. En ocasiones, incluso con la mejor intención de ayudar, se cae en formatos enjuiciadores o poco respetuosos con la víctima. Hay muchas formas de ejercer una violencia sutil ya sea porque las figuras profesionales se empeñan en que la víctima denuncie porque es su deber cuando es víctima de violencia, o porque cuando denuncia aparecen todo tipo de problemas derivados del propio hecho de la denuncia. como un mal acompañamiento, presionar a la víctima etc. En lugar de acompañar sus decisiones y respetar sus tiempos, muchas intervenciones acaban anulando su autonomía y reforzando el control institucional sobre su vida. Esta violencia se vuelve invisible precisamente porque se ejerce desde quienes deberían cuidar, proteger y garantizar derechos.

La violencia institucional se agrava cuando se suman otros factores de discriminación: como la migración, la situación de calle, la pertenencia al colectivo LGBTQ+, estar en privación de libertad o padecer trastornos de salud mental asociados. La acumulación de estas opresiones reduce aún más el acceso a derechos, profundiza la exclusión y debilita los soportes sociales.

1. La violencia de las figuras profesionales

*Lo habitual es que las figuras profesionales que trabajan con mujeres y adicciones busquen ayudar y proteger frente a los desafíos que implica la complejidad de la intersección entre género y toxicomanía. Sin embargo, cuando no existe una formación adecuada en perspectiva de género, es muy fácil reproducir estereotipos patriarcales y prejuicios sociales, incluso si quienes intervienen cuentan con títulos en psicología, trabajo social, educación social, psiquiatría, integración social u otras disciplinas afines. La falta de una mirada crítica y especializada puede transformar una intervención bienintencionada en una práctica que refuerce la desigualdad, limite la autonomía de las mujeres o contribuya a su revictimización.

En el caso de madres consumidoras, por ejemplo, es fácil caer en frases como: “recuerda que eres madre y deberías comportarte así” o “hazlo por tus hijos”. Cuando hay consumos de drogas es fácil decir: “deja de consumir y todo va a mejorar” o incluso invalidar la experiencia diciendo: “hay otras que están peor”. A veces, sin querer, las frases pueden tornarse culpabilizadoras, paternalistas, moralizantes o minimizantes invalidando su experiencia.

Estas frases reforzarán la culpa y el miedo de las mujeres, anulando su autonomía y capacidad de decisión y obstaculizando la confianza en las instituciones.

Algunas recomendaciones para intervenir:

Intervenciones revictimizantes	Intervenciones respetuosas y con enfoque de derechos
“Tú te lo buscaste.”	“Lamento que hayas pasado por esto. Estoy aquí para acompañarte.”
“¿Por qué no lo dejaste antes?”	“¿Quieres contarme qué dificultades encontraste para poder irte?”
“No estás en condiciones de decidir.”	“Tus decisiones son importantes. Podemos pensar juntas las opciones.”
“Tienes que denunciar sí o sí.”	“Puedes denunciar si así lo deseas. Yo puedo acompañarte y explicarte los pasos.”
“Si sigues consumiendo, no hay nada más que hacer.”	“El proceso puede ser con recaídas. Seguimos trabajando juntas en tus tiempos.”
“Una madre no debería comportarse así.”	“Sé que es difícil cuidar y cuidarse al mismo tiempo. ¿Qué apoyos necesitas?”
“Estás exagerando.”	“Gracias por confiar en mí para contarlo. ¿Qué te hizo sentir así?”
“Yo sé lo que es mejor para ti.”	“¿Qué crees que sería lo mejor para ti en este momento?”
“Si no haces lo que te digo, vas a perder a tus hijos.”	“Vamos a buscar juntas alternativas para que tus derechos y los de tus hijos estén protegidos.”
“Aquí se hace como yo digo.”	“Quiero que podamos tomar decisiones compartidas. Tu voz es importante.”

La escucha debe ser activa y sin juicios y mostrar respeto por la autonomía y los tiempos de la mujer y debe hacerse desde la perspectiva de género e interseccionalidad reconociendo el consumo como problema de salud, no como delito o pecado. Además se debe aplicar una comunicación empática, clara y accesible y garantizar los derechos por encima del control disciplinario.

*Gender Perspective and Women Drug Users: Specific Needs for Intervention — Molina-Fernández A. J. (2024). MDPI. Explora cómo las mujeres que consumen drogas enfrentan mayores barreras de acceso al tratamiento debido a la violencia de género y la estigmatización.

2. La violencia de las instituciones públicas

Esta violencia también adopta formas más sutiles, como demoras injustificadas, burocracia excesiva, falta de coordinación entre servicios o en el caso de las mujeres toxicómanas, la negación sistemática de su derecho a ser escuchadas. Todo ello genera un mensaje implícito: “no eres una víctima legítima”, que desmotiva a las mujeres a buscar apoyo y perpetúa su exclusión.

Además, la intervención institucional puede colocarlas en situaciones de riesgo mayor. Por ejemplo, cuando se priorizan procedimientos administrativos por encima de la seguridad de la mujer; cuando la denuncia se convierte en una carga emocional y logística imposible de sostener; o cuando se penaliza su consumo con pérdida de custodia o amenazas veladas que les impiden pedir ayuda. La institución, entonces, no solo falla en su deber de protección, sino que reproduce el mismo esquema de control y sometimiento que caracterizó la violencia sufrida en el ámbito privado.

La violencia de las instituciones públicas tiene un efecto corrosivo: rompe la confianza social y dificulta el acceso a derechos básicos como salud, justicia y seguridad. Al sentirse desprotegidas y estigmatizadas, muchas mujeres optan por el silencio o la invisibilidad, situación que puede derivar en mayor aislamiento, deterioro de salud y, en mujeres con adicciones, una mayor probabilidad de recaída y riesgo vital.

El desafío, por lo tanto, consiste en transformar el funcionamiento institucional desde una mirada crítica que reconozca el impacto real de sus acciones. Para que las instituciones públicas cumplan con su obligación de garantizar derechos humanos, es imprescindible integrar la perspectiva de género, el enfoque de derechos y la comprensión de los determinantes sociales de la salud y de las adicciones.

Se puede dar una falta de coordinación entre servicios que obliga a “recontar” el trauma, a veces, con las mejores intenciones se derivan los casos y van pasando por diferentes manos lo que obliga a múltiples declaraciones por lo tanto lleva a la revictimización. La falta de rutas de protección seguras y no fragmentadas también son un problema. Hay programas de atención a las víctimas, pero la ciudadanía no entiende cuál es el procedimiento ni la coordinación entre unas y otras instituciones lo que aleja a las víctimas de estos procedimientos.

La retirada o amenaza de retirada de la custodia como respuesta punitiva cuando la mujer es toxicómana, genera un efecto disuasorio para denunciar. Diversas investigaciones nacionales muestran que la pérdida de custodia es una consecuencia documentada y una preocupación central en mujeres con adicciones (UNAD).

Otras medidas que exponen a las víctimas es la obligatoriedad de la conciliación o mediación en contextos de desigualdad o violencia. Hay medidas que impulsan soluciones amistosas sin evaluar previamente la dinámica de poder del sistema familiar o de pareja lo que puede suponer exponer a la víctima a nuevo control.

*Otra de las vulneraciones más comunes es condicionar la atención sanitaria a la abstinencia, negando o limitando la ayuda si la mujer sigue consumiendo. Y todavía más grave es amenazar con denunciar o denunciar a la justicia cuando no se consigue la abstinencia. Se considera el trato más abusivo o negligente hacia las mujeres adictas.

Las instituciones públicas deben conocer y aplicar aquellos protocolos que se establecen por ley a nivel europeo. A día de hoy se está trabajando para promover medidas más efectivas y protectoras que mejoran la atención y el tratamiento a las víctimas. Existe documentación acerca de estos protocolos que es necesario conocer y formarse para su mejor comprensión y aplicación desde las instituciones públicas, para garantizar los derechos de las mujeres con adicciones.

Por ejemplo, se recomienda aplicar el protocolo LIVES en atención sanitaria: *Listen, Inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety, Support* (escuchar, investigar sin presionar, validar, evaluar seguridad y apoyar) (Lo aconseja la OMS)

Es necesario Integrar la reducción de daños en servicios de salud y no condicionar atención a la abstinencia. Las Rutas interinstitucionales deben estar coordinadas y contar con protocolos locales que articulen salud, servicios sociales, policía y justicia para evitar la revictimización. Ministerio de Sanidad (España) (OMS).

Por supuesto, debe estar garantizada la confidencialidad y el consentimiento debe ser informado así como los procesos deben respetar la autonomía de la mujer. Deben utilizarse evaluaciones de riesgo con herramientas validadas y sensibles a consumo y género, y debe darse una activación rápida de medidas de protección entre otras cosas.

*Servicio de atención integral a víctimas de violencia sexual. Diputación Foral de Bizkaia <https://www.bizkaia.eus/es/servicios-de-atencion/sobre-violencia-sexual>

*GUÍA DE ACTUACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA MACHISTA. Delegación de igualdad del gobierno/Secretaría de estado contra la violencia de género https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA_ACTUACION-CASA_CASTELLANO.pdf

*Servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia – SATEVI. Gobierno vasco

*Violencia machista contra las mujeres: ¿qué puedes hacer? Guía de recursos y servicios. Gobierno Vasco

*Guías de UNODC, EMCDDA y salud pública recomiendan enfoques de reducción de daños porque la condicionalidad a la abstinencia vulnera derechos y daña la salud.

3. La violencia atencional en los servicios de salud

La violencia atencional es una forma de violencia institucional que se produce cuando el sistema sanitario, en lugar de brindar apoyo, atención y cuidados adecuados, genera experiencias de maltrato, invisibilización o abandono hacia las mujeres que buscan ayuda. Una de las formas más frecuentes de violencia atencional consiste en negar, minimizar o normalizar el daño sufrido, atribuyendo los síntomas a “consecuencias del consumo” sin explorar la posible existencia de agresiones o coerciones. Este enfoque biomédico y reduccionista invisibiliza la violencia y responsabiliza a la mujer de su propio malestar. Que los servicios sanitarios muestren una escasa coordinación con recursos especializados en violencia de género o con redes de apoyo social, deja a las mujeres atrapadas entre circuitos asistenciales fragmentados y difíciles de transitar.

Asimismo, las mujeres que consumen sustancias se enfrentan a un trato paternalista y moralizador. Sus decisiones son cuestionadas y su capacidad para participar activamente en su propio proceso de salud es subestimada. Actitudes como la infantilización, la culpabilización o el trato despectivo provocan que muchas de ellas eviten volver a los servicios sanitarios, retrasando diagnósticos y aumentando riesgos para su salud.

También se observa violencia atencional cuando se vulnera su derecho a la confidencialidad, compartiendo información sensible con otras instituciones sin un verdadero consentimiento informado, o cuando se condiciona la atención sanitaria a la abstinencia, negando cuidados necesarios bajo la idea de que “primero debe dejar las drogas”. Esta lógica de “merecimiento” niega el enfoque de reducción de daños y refuerza la discriminación estructural.

Por último, la falta de formación en trauma y perspectiva de género puede llevar a una incorrecta interpretación de las reacciones traumáticas: miedo, llanto, confusión o irritabilidad son catalogados erróneamente como manipulación o “mala actitud”. Ello produce diagnósticos inadecuados, sobremedicalización o abandono terapéutico.

En conjunto, la violencia atencional tiene efectos negativos profundos: deteriora la relación terapéutica, incrementa la desconfianza hacia los servicios sanitarios, dificulta el acceso a tratamientos por adicciones y perpetúa la violencia y exclusión que las mujeres ya padecen. En lugar de convertirse en un espacio de cuidado y protección, el sistema de salud termina reproduciendo los mismos patrones de discriminación y estigma que las han dañado previamente.

Es fundamental formar al personal sanitario en principios de **trauma-informed care*: entender que muchas conductas y síntomas derivan de experiencias traumáticas, evitar preguntas o procedimientos que revictimicen y centrarse en la seguridad y la confianza.

Es necesario promover acciones concretas: protocolos para minimizar revictimización en la entrevista, espacios seguros y formación obligatoria anual.

Incluir LIVES (*listen, inquires, validate, enhance safety, support*) como procedimiento estándar en urgencias, atención primaria y servicios de salud mental: escucha activa, validación de la experiencia, evaluación de riesgo y derivación/acompañamiento. (OMS)

Es imprescindible que el personal esté formado con simulaciones prácticas y además hay que centrarse en que los flujos de derivación sean claros. Todo el mundo debe saber lo que hay que hacer y cómo.

El plan nacional sobre drogas aboga por invertir en programas de formación continuada que combinen violencia de género, adicciones y reducción de daños para todo el equipo (médicos/as, enfermería, trabajo social, administrativas). Esto reduce actitudes moralizadoras y mejora el trato. El plan nacional sobre drogas también propone protocolos conjuntos que eviten derivas burocráticas y que permitan acompañamiento continuo (no derivaciones en “cascada”) y garantizar coordinación rápida cuando hay riesgo. Definir acciones concretas: rutas locales convenidas, una persona de referencia (case-manager) y reuniones multidisciplinarias periódicas.

Es imprescindible no compartir información sin consentimiento explícito salvo riesgo inminente. Informar clara y comprensiblemente sobre opciones, consecuencias y medidas disponibles; respetar los tiempos y decisiones de la mujer (OMS).

Los dispositivos deben garantizar además la atención conjunta madre-hijo-hija (hospitales con espacios / programas de acompañamiento para madres en tratamiento), evitar la lógica de “o tratamiento o hijos”. Protocolos que prioricen mantener la unidad familiar cuando sea posible y seguro.

La atención no debe condicionarse a la abstinencia, régimen “primero corrige tu consumo”; integrar reducción de daños como estrategia clínica legítima para proteger la salud y la seguridad.

Se propone utilizar instrumentos que consideren factores de riesgo específicos (violencia, consumo, historia de trauma) y que permitan activar medidas de protección de forma precoz. Acción: incorporar herramientas validadas en historias clínicas electrónicas.

Además, es fundamental ofrecer acompañamiento para tramitar recursos (vivienda, ayudas económicas, asesoría legal) y acompañar a la mujer en citas judiciales o administrativas si ella lo solicita. Esto reduce barreras reales para acceder a protección.

La supervisión de los equipos debe ser regular para equipos que atienden casos complejos (evita desgaste y decisiones paternalistas) y se deben buscar espacios de reflexión y supervisión para revisar prácticas y sesgos.

*La *trauma-informed care* (TIC) es un enfoque de atención que reconoce el impacto del trauma en la salud física, emocional y social de las personas y adapta las intervenciones para evitar cualquier forma de revictimización. No se trata de “tratar” el trauma en sí mismo, sino de garantizar que todos los servicios sean seguros, respetuosos y favorezcan la autonomía del paciente.

*Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. U.S. Department of Health and Human Services.

*Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Federación Española de Municipios y Provincias. (2023). *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Ministerio de Sanidad/ PNSD

*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). *Women who use drugs: Issues, needs and responses*. EMCDDA.

*Ministerio de Sanidad (España). (2023). *Protocolos y guías comunes del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia sexual y de género*. Ministerio de Sanidad.

*Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_vg_es.pdf

*Guía rápida de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_rap_viol_genero_es.pdf

4. La violencia policial por falta de perspectiva de género

La violencia policial constituye una de las expresiones más visibles de la violencia institucional. Normalmente, el primer paso para tramitar una denuncia por violencia de género u otros hechos es acudir a una comisaría. Sin embargo, en este espacio muchas mujeres con consumos problemáticos se encuentran con nuevos obstáculos: desconfianza hacia su relato, interrogatorios acusatorios, burlas, amenazas o directamente la negativa a recibir la denuncia. En lugar de garantizar protección y acceso a la justicia, algunos agentes reproducen estereotipos y prejuicios que culpabilizan o colocan en una posición de sospecha permanente debido a su adicción. La comisaría, que debería ser un lugar seguro, se convierte así en un ámbito de revictimización que puede desalentar o impedir la búsqueda de ayuda, reforzando la invisibilización de la violencia que sufren.

Es más, éste trámite, junto con lo judicial, es probablemente el trámite más difícil y que más rechazo genera a las mujeres a la hora de interponer una denuncia lo que bloquea la iniciativa espontánea a la denuncia por ser amenazante.

Entre las acciones erróneas se encuentran la minimización o desestimación del relato, la negativa a registrar la denuncia o la tendencia a responsabilizar a la mujer por los hechos ocurridos. Del mismo modo, dudar sistemáticamente de su testimonio, exigir detalles innecesarios o adoptar un tono incriminatorio configura un trato hostil que genera miedo y refuerza el silencio.

Otra forma de violencia institucional ocurre cuando los agentes presionan a la víctima para tomar decisiones que no está preparada para asumir o, por el contrario, desaconsejan denunciar alegando la complejidad del proceso y porque además es consumidora. También son frecuentes la falta de privacidad, la exposición pública de la situación o la ausencia de medidas de protección, aun cuando el riesgo es evidente. En su expresión más grave, pueden aparecer burlas, amenazas o incluso violencia física y sexual por parte de quienes deberían brindar amparo.

*Estas prácticas se agravan cuando la víctima es una mujer con consumo problemático de sustancias: el estigma asociado al consumo afecta la credibilidad de su palabra, legitima un trato discriminatorio y condiciona su acceso a la justicia. De este modo, la institución policial puede transformarse en un nuevo escenario de daño, en lugar de actuar como garante de derechos y protección frente a la violencia de género.

*Una actuación policial respetuosa y adecuada puede convertirse en la puerta de entrada a la protección y la recuperación. Es fundamental:

1. Brindar un trato respetuoso y sin prejuicios

- Escuchar sin juzgar, sin cuestionar el relato
- Evitar comentarios moralizantes o culpabilizadores
- Hablar con un lenguaje claro y empático

2. Garantizar privacidad y confidencialidad

- Atender en un espacio separado y seguro
- No exponer información personal frente a otras personas

3. Dar credibilidad al testimonio de la víctima

- Reconocer su relato como válido
- Evitar poner en duda lo narrado o pedir detalles innecesarios que revictimicen

4. Permitir que la mujer esté acompañada

- Por una persona de confianza o por personal especializado
- Garantizar el derecho a solicitar asistencia letrada o de servicios sociales

5. Explicar los derechos y procedimientos

- Qué pasos sigue la denuncia
- Medidas de protección disponibles (ej. restricciones, custodia policial)
- Servicios y recursos a los que puede acceder

6. Detectar riesgos y actuar con urgencia si es necesario

- Evaluar si hay peligro inmediato para la mujer y/o sus hijos/as
- Activar medidas de protección de forma rápida

7. Registrar la denuncia sin poner trabas

- Nunca desmotivar la denuncia ni rechazarla
- No exigir pruebas para que el trámite avance

8. Ofrecer información sobre recursos de apoyo

- Centros especializados, líneas telefónicas, refugios, atención psicológica
- Hacer articulaciones con servicios de salud y programas sociales

9. Evitar intervenciones paternalistas o coercitivas

- No presionar para tomar decisiones
- Respetar su autonomía y tiempos

10. Capacitación continua del personal policial

- Perspectiva de género, derechos humanos y violencia basada en género
- Protocolos de actuación frente a casos de alto riesgo

*Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención*. Madrid

*Programa Nacional sobre Drogas (PNSD). (2023). *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

5. La violencia jurídica

La violencia judicial es una de las formas más invisibilizadas de la violencia institucional. Se ejerce cuando el sistema judicial, juzgados, fiscalías, equipos psicosociales, forenses, reproduce dinámicas de maltrato, desprotección o descrédito hacia las mujeres que buscan justicia. Lejos de ser un espacio seguro, el sistema puede convertirse en un lugar de revictimización, especialmente cuando la mujer pertenece a colectivos históricamente estigmatizados, como aquellas con trastornos por consumo de sustancias.

*En estos casos, la mujer llega al sistema judicial con una doble vulnerabilidad: por haber sufrido violencia y por ser objeto de prejuicio social como “mala madre”, “poco creíble” o “responsable” de su propia situación. La adicción se convierte entonces en un argumento utilizado para cuestionar su relato, minimizar la violencia sufrida o incluso responsabilizarle de ella. Esta estigmatización se traduce en decisiones judiciales que pueden derivar en pérdida de custodia, medidas de control sobre la propia víctima o fallos que priorizan los derechos del agresor bajo el discurso del “interés superior del menor”.

Además, el proceso judicial puede ser tan largo, técnico y emocionalmente agotador que muchas mujeres desisten. La carga probatoria recae excesivamente sobre ellas, obligándoles a justificar continuamente el sufrimiento vivido, lo que reactiva el trauma ya padecido. No es infrecuente que se trivialicen los testimonios, se interpreten sus reacciones traumáticas como signos de inestabilidad o se pongan en duda sus capacidades parentales por el simple hecho de estar en tratamiento de adicciones.

Este tipo de maltrato institucional tiene consecuencias devastadoras: incrementa la inseguridad, refuerza el miedo al agresor, debilita la confianza en las instituciones y puede empujar a la mujer nuevamente al consumo como forma de sobrellevar el estrés. Cuando el sistema que debería proteger reproduce patrones de dominación y discriminación, la violencia se perpetúa y la justicia se vuelve inaccesible para quienes más la necesitan.

La violencia judicial hacia las mujeres víctimas de violencia de género, especialmente aquellas que además presentan un trastorno por consumo de sustancias, se manifiesta a través de diversas prácticas profesionales y decisiones institucionales que reproducen el daño en lugar de repararlo. Una de las formas más frecuentes consiste en el cuestionamiento sistemático de la credibilidad del testimonio de la víctima. Su palabra se pone en duda al interpretarse que el consumo de sustancias afecta su memoria, su capacidad de percepción o su honestidad, imponiéndole una carga probatoria excesiva que no se exige al agresor. Unido a ello, la adicción se convierte con frecuencia en un argumento para responsabilizar a la mujer de la violencia sufrida, estigmatizando

como “provocadora” o “corresponsable” de su situación. Lejos de ser reconocida como una víctima, es tratada como una persona problemática, poco confiable y, en muchos casos, como una madre inadecuada.

Este último aspecto adquiere especial gravedad cuando la respuesta judicial deriva en la amenaza o retirada de la custodia de los hijos e hijas, lo cual profundiza el sufrimiento y puede disuadir a la mujer de denunciar o continuar el proceso. A ello se suma la falsa neutralidad con la que en ocasiones se abordan estos casos: el sistema judicial equipara los testimonios de ambas partes como si no existiera una relación de poder desigual, obligando incluso a la víctima a mediar o conciliar con su agresor, prolongando así el ejercicio de control sobre ella.

La lentitud del proceso judicial también actúa como un mecanismo de violencia institucional, ya que las medidas de protección pueden tardar en llegar, o ser insuficientes, aumentando el riesgo y la sensación de vulnerabilidad. Además, se obliga a la mujer a revivir los hechos en múltiples declaraciones ante diferentes profesionales, lo que implica una revictimización continua. Las valoraciones de riesgo pueden resultar inadecuadas debido a la falta de capacitación en violencia de género, y los informes psicosociales pueden reproducir prejuicios patriarcales al patologizar reacciones normales al trauma, como la ansiedad o el nerviosismo.

*Asimismo, la persistencia de conceptos pseudocientíficos como el denominado “síndrome de alienación parental”, pese a su falta de base teórica, sigue utilizándose para desacreditar el relato de las mujeres y favorecer al agresor, sobre todo en procesos de custodia. Por último, la falta de accesibilidad del sistema jurídico y la ausencia de apoyos especializados dificultan la participación efectiva de las mujeres en su propio proceso judicial, generando una sensación de abandono por parte de las instituciones. En conjunto, estas prácticas tienen consecuencias devastadoras: aumentan el impacto psicológico del trauma, fomentan la desconfianza hacia las instituciones y, en el caso de mujeres con adicciones, incrementan significativamente el riesgo de recaída y exclusión social. De este modo, la justicia, en lugar de convertirse en un instrumento de protección y reparación, reproduce la violencia que debería combatir.

*Bringing Gender-Responsive Strategies to Women in the Criminal Justice System de E. Salisbury (2022) — Explora cómo el sistema de justicia penal trata a mujeres con historial de adicciones y violencia.

*Hidden GBV: Women and substance use de E. Moir (2022) — Estudia la intersección entre consumo de drogas en mujeres y violencia de género, incluyendo barreras al acceso a la justicia.

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS:

un acercamiento al tratamiento de las adicciones con perspectiva de género e interseccionalidad



Módulo V

MAPA DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES:
ESTADO, EUSKADI Y BIZKAIA.

Su relación con programas específicos de mujeres
o si incluyen perspectiva de género en sus proyectos

VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

Índice

**Módulo V. Mapa de recursos de atención a las adicciones: Estado, Euskadi y Bizkaia.
Su relación con programas específicos de mujeres o si incluyen perspectiva de género
en sus proyectos.**

Introducción	96
1. Observatorios y directorios de adicciones en el Estado y en Euskadi	97
2. Entidades y proyectos relevantes a nivel estatal referentes en programas específicos para mujeres y adiccione	98
3. Recursos de tratamiento sanitario y sociosanitario de las adicciones con perspectiva de género clara y programas específicos para mujeres en Bizkaia	100
4. Entidades del Tercer Sector y asociaciones relevantes en Bizkaia vinculadas a las adicciones y si incorporan o no la perspectiva de género	102

Introducción

En el Estado español, y específicamente en el País Vasco, existe una amplia variedad de recursos, entidades, centros de tratamiento, asociaciones y grupos dedicados a la salud mental, la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de las adicciones. Este módulo tiene como objetivo ofrecer un mapa de dichas intervenciones, facilitando enlaces y directorios específicos que permitan el acceso a estos recursos.

De manera prioritaria, el módulo busca visibilizar y acercar aquellas entidades y grupos que aplican la perspectiva de género, con el fin de que las mujeres puedan identificar cuándo y por qué acudir a ellos. Asimismo, se incluyen referencias a recursos que, aunque no incorporan inicialmente esta perspectiva, constituyen agentes relevantes dentro del circuito de atención a las adicciones. Esto responde a que las personas transitan por múltiples espacios a lo largo de sus procesos de afrontamiento vital, en los que, aun sin una mirada de género explícita, se ha desarrollado un trabajo significativo en relación con la adicción.

1. Observatorios y directorios de adicciones en el Estado y en Euskadi

- a. **Plan Nacional sobre drogas: El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)** es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>

Cuenta con Atlas de entidades que se dedican a las adicciones en toda España.

<https://repositorio.ulozola.es/bitstream/handle/20.500.12412/6607/Atlas%20de%20Adicciones%20de%20Espa%C3%B1a%202025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- b. **UNAD – Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente a nivel estatal.**

<https://www.unad.org/>

Es una red de ONG que interviene en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia y de los problemas que derivan de ellas. Engloba en torno a 200 organizaciones que comparten un modelo común integral e integrador, que se centra en la persona y en su identidad singular. En su web tiene un mapa de recursos y asociaciones que integran su red. Es un modelo de red que incluye la perspectiva de género en las adicciones en sus propuestas organizativas, formativas... y tiene un alcance estatal.

- c. **GABIA: Observatorio de adicciones. Departamento de salud, Gobierno Vasco.**

<https://www.euskadi.eus/adicciones-sustancias/>

<https://www.euskadi.eus/gabia-observatorio-vasco-drogodependencia/>

Se muestra los dispositivos en materia de adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco a través de un mapa localizador. Está identificado por los equipos técnicos de prevención de adicciones de las entidades locales, aquellos municipios que, aún sin contar con un equipo completo, disponen de un plan de adicciones, las asociaciones y los servicios de salud mental que trabajan en materia de adicciones.

<https://www.euskadi.eus/informacion/recursos-de-adicciones-y-drogodependencias/web01-a2adik/es/>

- d. **Drogomedia: Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD)**

También cuenta con directorio y mapa de adicciones de la CAV.

<https://www.drogomedia.com/es/directorio-recursos/>

e. Recursos de tratamiento de Adicciones y Drogodependencias públicos y concertados en Euskadi Osakidetza

El registro que propone Osakidetza sobre equipos técnicos de prevención comunitaria de las adicciones en las entidades locales (ayuntamientos, mancomunidades), ayuntamientos que sin tener equipo técnico cuentan con algún recurso para trabajar en adicciones, y asociaciones sin ánimo de lucro. Realizan proyectos de prevención universal, selectiva e indicada de las adicciones y las drogodependencias, de reducción de riesgos y daños, de atención y reinserción, al igual que de promoción de conductas saludables.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/recursos-de-tratamiento-de-adicciones-y-drogodependencias-publicos-y-concertados-en-euskadi/webosk00-cercon/es/>

2. Entidades y proyectos relevantes a nivel estatal referentes en programas específicos para mujeres y adicciones

a. Metzineres (Barcelona)

<https://metzineres.org/es/>

- Cooperativa feminista.
- Atención a mujeres usuarias de drogas que sobreviven violencias.
- Reducción de daños, espacios seguros, comunidad, cultura.

Metzineres es la primera cooperativa sin ánimo de lucro dirigida a desplegar Entornos de Cobijo, exclusivo para mujerxs, que integra el espectro completo de reducción de daños. Con alcance holístico e individualizado acorde a las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles, de entrada, directa e inmediata, según sus expectativas, inquietudes, curiosidades, intereses y necesidades.

Un modelo de intervención innovador y osado basado en los derechos humanos y la transversalidad de género, sostenido por estrategias comunitarias y de economía social y solidaria que demuestran ser fiables, pragmáticas, costo-efectivas, en las que toda mujxr es protagonista.

b. Proyecto en Canarias: Yrichen

<https://yrichen.org/>

<https://yrichen.org/otros-proyectos/>

Proyecto de sensibilización y acompañamiento dirigido a mujeres en situación de vulnerabilidad, centrado en la prevención del consumo de psicofármacos como respuesta al malestar emocional. A través de talleres, materiales específicos y espacios de autocuidado, se promueve la reflexión sobre los mandatos de género, la gestión del estrés y la construcción de alternativas más saludables.

Se incorpora la perspectiva de género de forma transversal, fomentando la creación de redes de apoyo entre mujeres y el fortalecimiento de su autonomía. Además, se trabaja con profesionales del ámbito social y sanitario para revisar enfoques de intervención y promover buenas prácticas que contribuyan a reducir las brechas de género.

c. Drogas y género:

<https://www.drogasgenero.info/>

La Fundación Salud y Comunidad trabaja desde hace más de 20 años en investigación, prevención, intervención y sensibilización sobre diversas problemáticas sanitarias y sociales que afectan, especialmente, a colectivos en riesgo o en situación de exclusión social. Tienen 3 proyectos asociados a mujeres y adicciones.

- Proyecto Malva

<https://www.drogasgenero.info/malva/que-es-malva/>

El proyecto MALVA se enmarca en la Línea de Drogas y Género de la Fundación Salud y Comunidad. La iniciativa se inicia como un proyecto de prevención de la violencia de género hacia la pareja en aquellos casos en los que está asociado al abuso de alcohol y otras drogas. Comienza en el año 2000, desde la necesidad detectada en la intervención directa.

- Observatorio Noctambul@s

<https://www.drogasgenero.info/noctambulas/>

Este observatorio pretende profundizar en la relación existente entre el consumo de drogas, el acoso y otras violencias sexuales en los contextos de ocio nocturno. Se inscribe en una línea de prevención y reducción de riesgos, partiendo de un enfoque basado en acciones de intervención universal y selectiva y desde la perspectiva de género.

Este proyecto está realizado por la Fundación Salud y Comunidad y se enmarca en su Línea de Drogas y Género. Está financiado por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Espai Ariadna

<https://www.drogasgenero.info/espai-ariadna/>

En 2013 nace el “Espai Ariadna – Saliendo del Laberinto” como iniciativa para dar respuesta a las necesidades del tratamiento residencial detectadas derivadas de la intersección de las problemáticas de la violencia machista y las adicciones en las mujeres y sus hijos e hijas.

En el Espai Ariadna se presta atención integral a las mujeres solas o con sus hijos e hijas que requieren un espacio de intervención integral donde se aborde la situación de violencia machista y de drogodependencia en un entorno seguro.

El servicio tiene un convenio con el Ayuntamiento de Barcelona y recibe apoyo de la Generalitat de Catalunya.

3. Recursos de tratamiento sanitario y sociosanitario de las adicciones con perspectiva de género clara y programas específicos para mujeres en Bizkaia

a. Fundación ETORKINTZA

<https://etorkintza.org/>

Esta entidad sin ánimo de lucro centrada en la salud mental y las adicciones, a través de diferentes programas ofrece:

Área de prevención, centro de día de adicciones, centro de tratamiento ambulatorio y centro residencial o comunidad terapéutica. Además, cuenta con proyectos específicos de inclusión social.

La Fundación Etorkintza incluye la perspectiva de género en todos sus proyectos y además tiene programas específicos para mujeres.

- **Kemenduz**

Talleres y grupos de apoyo dirigidos a mujeres jóvenes y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad.

- **Merezi** – cursos de imagen personal

Facilita a mujeres que se encuentran en situación de riesgo diversas herramientas para reengancharles en el mundo formativo y acercarse o incorporarse al mundo laboral. El objetivo es favorecer la autonomía hacia la empleabilidad futura.

- **Apoyo a mujeres jóvenes vulnerables a la violencia machista**

Espacio psicoterapéutico y educativo GRUPAL para el trabajo con mujeres que entre sus comportamientos manifiestan consumos problemáticos y/o señales y emociones derivadas de la violencia machista. Se trata de reforzar su proceso de identidad, la autoconciencia, la toma de decisiones, la expresión de sentimientos y de opiniones.

Es un espacio para la reflexión y el análisis sobre la construcción y transformación de las relaciones de género que les ayuda a identificar y prevenir las desigualdades, las dependencias y las situaciones de violencia.

b. Fundación GIZAKIA

<https://www.gizakia.org/es>

Ofrecen atención integral de las adicciones, asistencia a adolescentes, víctimas de violencia de género y programas de conductas de riesgo y de inserción laboral para personas en situación de vulnerabilidad.

Gizakia ofrece tanto tratamiento ambulatorio, como centro de día y centro de ingreso residencial.

- EGIN.

Atiende exclusivamente **a mujeres derivadas desde el Servicio de mujer de la Diputación Foral de Bizkaia** que, junto a las violencias machistas vividas y otras variables que les sitúan en riesgo de desprotección, presentan conductas adictivas y/o patología mental que dificultan su proceso de incorporación social.

ATENCIÓN DE ADICCIONES

El programa de **atención a mujeres con problemáticas de adicciones** de Fundación Gizakia ofrece **alternativas de tratamiento y acompañamiento diseñadas específicamente para mujeres con problemática de adicciones** que necesitan un acompañamiento especializado y flexible que contemple las diversas variables que afectan su proceso de inclusión.

c. Osakidetza. Centros de adicciones en Bizkaia

Osakidetza integra activamente la perspectiva de género en su estrategia sanitaria a través de sus Planes de Igualdad (actualmente el II Plan 2025-2028), buscando eliminar la discriminación y mejorar la equidad en la atención, la gestión de profesionales y la investigación, analizando diferencias biológicas y socioculturales para una atención más inclusiva y eficaz, formando al personal y desglosando datos por sexo para identificar desigualdades.

Osakidetza contiene algunos de los hospitales y unidades más relevantes para el tratamiento de las adicciones en Bizkaia.

- **Hospital de día de adicciones Manuene** (Larrabetzu, Bizkaia): Es un hospital de día mixto y público, se accede a través de Osakidetza. es un centro especializado en adicciones que es parte de la Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza), que ofrece tratamiento intensivo de 9:00 a 20:00, alternativo a la hospitalización completa, enfocado en la rehabilitación de personas con problemas de adicción, promoviendo un cambio psíquico y social para mejorar su calidad de vida a través de terapias diversas y la participación familiar y social.
 - Correo electrónico: manuene@smeb.osakidetza.eus
- **UDE Galdakao** se refiere principalmente a la Unidad de Desintoxicación y Drogadicción (UDE) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo, una unidad clave para adicciones dentro de la OSI Barrualde-Galdakao (Osakidetza).
 - Teléfono: **946 032 910**

- Centro de Salud Mental de Adicciones de **Ajuriaguerra**:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/centro-de-salud-mental-de-adicciones-ajuriaguerra/webosk00-cercon/es/>
 - Teléfono: **944007720**
 - Correo electrónico: csm.ajuriaguerraadi@osakidetza.eus
 - Hospital de referencia: **Hospital Universitario de Basurto** (Para ingresos agudos)
- Centro de Salud Mental de Adicciones de **Novia Salcedo**
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/centro-de-salud-mental-de-adicciones-de-novia-salcedo/webosk00-cercon/es/>
 - Teléfono: **944273366**
 - Correo electrónico: csm.noviasalcedo@osakidetza.eus
 - Hospital de referencia: **Hospital Universitario de Basurto** (Para ingresos agudos)

4. Entidades del Tercer Sector y asociaciones relevantes en Bizkaia vinculadas a las adicciones y si incorporan o no la perspectiva de género

- **Ailaket**

<https://ailaket.com/>

Personas usuarias y exusuarias de drogas por la reducción de riesgos. Promueven la reducción de riesgos asociados a las drogas. Tienen programas de información y prevención en espacios de consumo.

Esta entidad es relevante porque trabaja el tipo de relación que cada cual quiere con el uso de sustancias: responsable, meditada y sin prejuicios.

No hay constancia de que trabajen con perspectiva de género en sus proyectos, pero constituyen uno de los referentes más influyentes en el ámbito de la prevención de las drogodependencias a nivel de la CAV.

- **Alcohólicos Anónimos de Bizkaia**

https://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/inc/muestra_datos_centros.asp?cod_provincia=48

No aplica la perspectiva de género.

ÁMBITO: ALCOHOL

Atención especializada para mujeres. No cuentan con atención especializada para mujeres.

Bilbao - Vizcaya:

- Teléfono: **944150751**

- Correo electrónico: info@alcoholicos-anonimos.org

- **Bizitegi**

<https://www.bizitegi.org/>

Bizitegi, trabaja en favor de las personas en situación de exclusión social. Es una asociación sin ánimo de lucro que inicia su actividad como trabajo comunitario en el barrio de Otxarkoaga de Bilbao en el año 1980. En 1988 se constituye como Asociación sin afán de lucro y en 1997 es reconocida como Entidad de Utilidad Pública.

Bizitegi lleva desde los orígenes acompañando a personas que luchan contra las adicciones, desarrollando, por un lado, **prestaciones específicas para ello**; y por otro un **amplio abanico de actividades y oportunidades**.

Otra de las apuestas importantes de Bizitegi es **ofrecer servicios a aquellas personas que sufren exclusión residencial grave**.

Bizitegi tiene un claro compromiso con la Igualdad, reflejado en las actividades desarrolladas en los últimos años dirigidas a garantizar la igualdad de trato de mujeres y hombres, así como en las actuaciones de la entidad hacia el exterior.

- **CREA**

<https://adiccionescrea.com/>

Centro sanitario reconocido por el Departamento de sanidad de Gobierno Vasco.

CREA ofrece **un tratamiento de salud para la rehabilitación** de las personas adictas y sus familias.

Si bien no se aprecia que apliquen la perspectiva de género en sus programas en general, hay que resaltar que realizan grupo exclusivo de mujeres.

- **Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia**

<http://www.bizkaisida.com/>

La Comisión es una asociación no gubernamental sin ánimo de lucro que nace en 1986 ante la inquietud de un grupo de personas sensibilizadas con los problemas asociados al VIH/sida.

Su principal objetivo es prestar apoyo y asistencia a colectivos o personas que están afectadas por el VIH/sida, así como prevenir la transmisión de la infección por VIH. Informando sobre las vías de transmisión y los medios de prevención de la infección por VIH/sida tanto a la población en general como a grupos o colectivos específicos.

Su Programa de Atención de las drogodependencias se enmarca en una filosofía de Reducción de Daños dirigida a la mejora de las condiciones de vida de las personas usuarias de drogas tanto en los aspectos sanitarios y psicológicos como sociales, respetando la situación de la persona, así como su capacidad para tomar decisiones, y favoreciendo medidas que eviten su marginación social y sanitaria.

No se aprecia si aplican la perspectiva de género o no en su atención.

- **EDEX**

<https://www.edex.es/>

Desde 1973 llevan diseñando respuestas educativas para promover el desarrollo positivo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en relación con la promoción de la salud, la prevención de las drogodependencias y el fomento de la cultura ciudadana.

En sus materiales y propuestas preventivas se aplica la perspectiva de género.

- **Ekintza Aluviz**

<https://ekintzaaluviz.com/>

Esta Asociación cuenta con grupos de ayuda específicos para mujeres.

- **Ekintza Aluviz (Barakaldo)**

Ekintza Aluviz es una asociación sin ánimo de lucro situada en Barakaldo, cuya andadura cumplió los 35 años en 2024. Tiene el objetivo de dar apoyo a personas afectadas por la adicción a los juegos de azar y a otras adicciones sin sustancia. Está formada por personas voluntarias rehabilitadas que a día de hoy trabajan de forma altruista para poder ayudar a otras personas que están en su misma situación. Además, la asociación dispone de un equipo técnico formado por tres psicólogas y una trabajadora social.

- **Alubiz Bilbao (Bilbao)**

Alubiz Bilbao hermana de Ekintza Aluviz es una asociación sin ánimo de lucro situada en el barrio bilbaíno de Bolueta. Fue creada en 2019 gracias al ayuntamiento de Bilbao para dar apoyo, información y asesoramiento tanto a personas afectadas por cualquier adicción sin sustancia como a sus familiares. Como particularidad, hay que destacar la creación de un grupo de ayuda mutua (GAM) específico de adicción a los videojuegos y a las TICs dinamizado por una de nuestras psicólogas y una persona voluntaria. De la misma manera que Ekintza Aluviz está formada por el voluntariado y el equipo técnico, dos psicólogas y una trabajadora social.

- **Erain**

<https://erain.eu/adicciones-comportamentales>

Es un centro de psicoterapia Humanista que incluye diversos programas específicos para mujeres y que incluye la perspectiva de género de forma transversal.

Programa MENPE: El objetivo del programa es ofrecer procesos de acompañamiento psicoterapéutico y educativo para personas que presentan dificultades relacionadas con las denominadas «adicciones comportamentales» (juego con apuesta, gaming, internet, compras, etc...)

- **PROGRAMA «ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL»**

Este programa nace con dos objetivos fundamentales: proporcionar atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género y en situación de exclusión social y el de prevenir las situaciones de desprotección hacia las mismas.

Trabajamos con las mujeres integrado en los procesos de acompañamiento a mujeres en situación de exclusión social que la Fundación Itaka-Escolapios a través del programa Beregain, tiene convenido con la Dirección de Mujer e Intervención de la Diputación Foral de Bizkaia.

- **PROGRAMA SUA**

El programa SUA es un Programa de Atención Psicosocial e Intervención familiar para la atención a unidades familiares o convivenciales de mujeres víctimas de violencia machista en riesgo y/o situación de exclusión y/o desprotección. Este programa está convenido con el Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.

- **Etorkintza**

<https://etorkintza.org/>

Es una fundación sin ánimo de lucro creada en 1984 en Bilbao. Sus acciones y líneas de atención están destinados a personas que se encuentra en situación de riesgo, con problemas de adicción, salud mental y exclusión social o población general susceptible de tener comportamientos de riesgo.

Para dar respuesta a las necesidades sociales emergentes en estos ámbitos ofrecen un siempre desde una perspectiva multidisciplinar tanto en las intervenciones más universales como en los programas más personalizados de carácter indicado y asistencial.

Esta entidad incorpora la perspectiva de género en sus proyectos y establece estrategias de intervención en base a las diferencias observadas en los consumos en función de género.

Contiene atención ambulatoria donde hay también programa específico de adolescentes con grupos de chicas, tratamiento residencial en comunidad terapéutica en Kortezubi con grupos no mixtos, centro de día de la Diputación Foral de Bizkaia y proyectos específicos de inclusión social para mujeres en situación de alta vulnerabilidad.

- **Gizakia**

<https://www.gizakia.org/es>

Es una entidad social promovida por la Diócesis de Bilbao, que trabaja en la **prevención de conductas de riesgo en la adolescencia, el tratamiento de personas con adicciones y la inclusión sociolaboral** a través de una intervención integral.

Trabajan en la prevención y sensibilización, la atención a adolescentes y sus familias, la inserción laboral, son especialistas en adicciones en Bizkaia. Disponen de distintos programas y servicios que permiten ofrecer una atención integral y personalizada tanto para personas que se plantean dejar su adicción como para aquellas que buscan reducir su impacto, a través de Centros de día atención ambulatoria y centro de tratamiento residencial. Incluyen la perspectiva de género en sus acciones con programas específicos para mujeres y espacios de tratamiento exclusivos para ellas.

- **Hazkunde**

<https://hazkunde.com/programas/>

Centro de atención psicológica y atención integral a las adicciones.

Incluye perspectiva de género en los materiales que están destinados a la prevención de las adicciones y a la educación afectivo sexual.

- **Hontza**

https://www.caritasbi.org/accion_social/hontza/

HONTZA es un centro de acogida nocturna de baja exigencia y de reducción de riesgos y daños para personas sin hogar consumidoras de drogas ilegales en activo.

Pretende paliar los efectos de la situación de exclusión que sufren las personas atendidas, ofreciendo un espacio de respuesta a necesidades básicas (higiene, alimento, alojamiento urgencia) y de reducción de riesgos y daños en su consumo de drogas.

Para ello desarrolla tres programas: Café calor (sala abierta), intercambio de material de consumo (jeringuillas, ...) y pernocta (alojamiento de urgencia).

Dentro de su programa cooperación y migraciones, Caritas Bizkaia reafirma la Dimensión Universal de la Caridad que no conoce fronteras y llega a las personas más empobrecidas del planeta.

Principios básicos de la acción:

Dignidad, Derechos, **Igualdad**, Reciprocidad, Interculturalidad y Participación.

- Narcóticos anónimos Bizkaia

<https://www.narcoticosanonimos.es/grupos/>

Una reunión de Narcóticos Anónimos ya sea abierta o cerrada, es un refugio para los adictos. Su intención es que sea un lugar seguro y beneficioso donde un adicto pueda escuchar y participar en la recuperación de la enfermedad de la adicción a las drogas.

Se trata de una iniciativa a nivel mundial que también tiene presencia en Bizkaia que presta atención a las personas con adicciones.

No hay constancia de que incluyan perspectiva de género en ninguna de sus acciones.

- Pantallas Amigas

<https://www.pantallasamigas.net/>

PantallasAmigas nace en el año 2004 con la misión de la promoción del uso seguro y saludable de Internet y otras TIC, así como el fomento de la ciudadanía digital responsable en la infancia y la adolescencia. Desarrollan proyectos y recursos educativos para la capacitación de niños, niñas y adolescentes de forma que puedan desenvolverse de manera autónoma en Internet, siendo el objetivo final que desarrollen las habilidades y competencias digitales que les permitan participar de forma activa, positiva y saludable en la Red.

Algunos de los materiales que utilizan aplican la perspectiva de género.

- Sasoia

http://sasoiaprevencion.com/index.php?id_pagina=1

Esta empresa de Durango lleva trabajando en el mundo de la educación para la salud y prevención de drogodependencias desde 1989.

Médico, pedagogos, educadores sociales y psicólogos con experiencia contrastada en las labores de prevención comunitaria de las drogodependencias, desarrollo de programas a nivel escolar, en intervenciones comunitarias y programas de reducción de riesgos, inciden en la dinamización de la comunidad con la idea de que la prevención “entre todos mucho mejor”.

Incluyen perspectiva de género en algunos de los materiales que utilizan.

MÁSTER VIOLENCIAS MACHISTAS: intervención en red

MUJERES, ADICCIONES Y VIOLENCIAS: UN ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD



Módulo V. Anexos

Iragartze Garai Landaluze

Índice

Anexos

1. Enlaces de Interés	110
2. Películas, Series y Documentales vinculados a las adicciones	111
3. Bibliografía	112

1. Enlaces de Interés

Temas: género, drogas, reducción de daños, violencia:

- <https://www.generoydrogodependencias.org/>
- <https://www.grupatra.org/...>
- <https://www.fsyc.org/...>
- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_CEDOA_ConclusionesGrupoGenero.pdf
- <https://asecedi.org/wp-content/uploads/2024/05/GUIA-MASCULINIDADES.pdf>
- <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-juventud-genero-2023/>
- <https://progestion.org/vgresid1/>
- <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/BDGeneroyDrogas.htm>

De interés especial en este último enlace:

- <https://progestion.org/presentamos-el-informe-de-investigacion-analisis-de-la-atencion-a-mujeres-con-problemas-de-adicciones-y-violencia-de-genero/>
- https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Material_LibrotoVSDrogas_ObsNoctambulasFSC_2023.pdf
- https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Diagnostico_MediosViolenciasSexualesDrogas_NoctambulasFSC_2023_final.pdf
- <https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/personas-mayores-y-adicciones.pdf>
- <https://www.ceapa.es/wp-content/uploads/2022/07/Gu%C3%ADa-tabaquismo.pdf>
- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/Fmujeresprogresistas_Resultados_Igualdad_TercerSector.pdf
- https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto_DrogasGenero_Malva_2020.pdf
- https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Guia7pasos_AbordajesVS_Noctambulas_comprimida2.pdf
- <https://www.drogasgenero.info/malva/biblioteca-virtual/>
- https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_dokumentuak/es_def/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf
- <https://redgeneroydrogas.org/>
- <https://asecedi.org/wp-content/uploads/2023/02/masculinidades2-c.pdf>
- https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2015/09/Extranandonos_de_lo_normal.pdf

2. Películas, Series y Documentales vinculados a las adicciones

Adicciones y salud mental

Películas y series

- Beautiful Boy
- Requiem for a Dream
- Trainspotting
- Animals
- Euphoria
- Mare of Easttown
- Las flores perdidas de Alice Hart
- Intimidad
- Querer
- Unbelievable
- Yo adicto
- Los niños de la estación del zoo
- Las chicas de la estación
- 4 días más
- Carmen y Lola
- A promising young woman

Masculinidades

Películas y series

- Los domingos
- Suro
- La hija de un ladrón
- En tierra de hombres
- The Bear
- Succession
- Mindhunter
- Solo una vez

Documentales relevantes

- El silencio de otros
- The Work
- Drug Lords: The Rise and Fall
- Ten dollar death trip

Violencia de género y trauma

- Te doy mis ojos
- Custodia compartida
- Precious
- Ane
- Los lunes al sol
- I May Destroy You
- Unbelievable
- Big Little Lies

Familia y vínculos

Películas y series

- Cinco lobitos
- Kramer vs. Kramer
- Los domingos
- This Is Us
- Atypical

Familia y vínculos

Películas y series

- Cinco lobitos
- Kramer vs. Kramer
- Los domingos
- This Is Us
- Atypical

3. Bibliografía

A

- Ailaket Elkarte. (s.f.). <https://ailaket.com/>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA.
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (texto revisado)*. APA.
- Arostegui-Santamaría, E., Martínez-Redondo, P., & Moro, A. (2021). Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico. UNAD.
- Arostegui-Santamaría, E. Martínez-Redondo, (2023). *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género en mujeres con adicciones*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas / Ministerio de Sanidad.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. APA.

B

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61–67.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Paidós. (Obra original publicada en 1961).
- Bergman, J. S. (s.f.). *Pescando barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve aplicada a familias con alta resistencia al cambio*.
- Bubok Publishing. (2016). Carrillo Ríos, J. M. *Psicología del maltratador*.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa*. Paidós.

C

- Carrillo Ríos, J. M. (2016). *Psicología del maltratador*. Bubok Publishing.
- Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 377–385.
- Cruz Roja Juventud. (s.f.). *Juventud, alcohol y cocaína: Guía para la intervención*.
- Cruz Roja Juventud. (s.f.). *Guía para la intervención con jóvenes y cocaína*.

D

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Federación Española de Municipios y Provincias. (2023). *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Ministerio de Sanidad.
- DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2005). Motivational Interviewing and the Stages of Change. En W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2ª ed., pp. 147–156). Guilford Press.
- Díaz-Aguado, M. J. (2013). *Violencia de género: Un enfoque psicosocial*. Síntesis.

E

- Echeburúa, E., & Corral, P. (2010). *Adicciones sin drogas: Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Energy Control – Asociación Bienestar y Desarrollo. <https://energycontrol.org/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). *Women who use drugs: Issues, needs and responses*. EMCDDA.

F

- FAD Juventud. <https://fad.es/>
- Federici, S. (2021). *Calibán y la bruja*.
- Fraser, S., & Seear, K. (2016). *Gender, Power and Addiction: Critical Feminist Perspectives*. Routledge.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD Juventud). <https://fad.es/>

G

- Giner, J. (s.f.). *Yo adicto*.
- Gobierno Vasco. SATEVI – Servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia.
- Gobierno Vasco. (s.f.). *Guía de recursos y servicios para mujeres víctimas de violencia machista*.
- *Guía de actuación frente a la violencia machista*. Delegación de Igualdad / Secretaría de Estado contra la violencia de género. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA_ACTUACION-CASA-CASTELLANO.pdf
- *Guía de actuación sanitaria ante violencia sexual y de género en Euskadi*. (Osakidetza). <https://www.osakidetza.euskadi.eus/...>
- *Guía rápida de actuación ante violencia de género* (Osakidetza). <https://www.osakidetza.euskadi.eus/...>
- *Guía Mujeres y psicofármacos. Análisis con perspectiva de género* https://www.gizakia.org/sites/default/files/2025-11/Gu%C3%ADa%20Adicciones_CAST.pdf

H

- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. Basic Books.
- Hudak, M. L., & Tan, R. C. (2012). Neonatal Drug Withdrawal. *Pediatrics*, 129(2), e540–e560.

I

- Instituto de la Mujer. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid.
- Instituto Deusto de Drogodependencias. Urbano-Aljama, A. & Arostegi Santamaría, E. *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*.

K

- Karpman, S. (s.f.). *El triángulo dramático: roles de perseguidor, salvador y víctima*.
- Khantzian, E. J. (1997). *The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders*. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Korcha, R. A., et al. (2015). *Intensive Motivational Interviewing for Women with Alcohol*. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(3), 361–378.

L

- Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres*. UNAM.
- Legaz-Cervantes, F., & Romo-Avilés, N. (2023). *Intervención en drogodependencias con perspectiva de género*. Thomson Reuters Aranzadi.

M

- Macías Vázquez, M. de la L. *Reflexiones en torno al concepto de proveedor desde una perspectiva de género*.
- Marks, K. R., & Clark, C. D. (2017). *The Telescoping Phenomenon*. *Substance Use & Misuse*.
- Meyer, I. (2003). *Minority stress theory*. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- Ministerio de Sanidad – PNSD. (2018). *Glosario de términos sobre drogas y adicciones*.
- Ministerio de Sanidad – PNSD. (2020). *Informe sobre alcohol, género y salud*.
- Ministerio de Sanidad – PNSD. (2021). *Situación en España sobre violencia de género y abuso de sustancias*.
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Protocolos comunes del SNS ante violencia sexual y de género*.
- Moir, E. (2022). *Hidden GBV: Women and substance use*.
- Molina-Fernández, A. J. (2024). *Gender Perspective and Women Drug Users*. MDPI.

N

- Najavits, L. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. Guilford Press.

O

- OMS – Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health*. OMS.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades*. OMS.
- ONU Mujeres. (2020). *La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual en América Latina y el Caribe*.

P

- PNSD – Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género en mujeres con adicciones*. Ministerio de Sanidad.

R

- Rojas-Espínola, K., & Tudela, C. (2023). *Perspectiva de género y drogodependencias*. *Quaderns de Psicologia*, 26(2).
- Romo-Avilés, N., & Legaz-Cervantes, F. (2023). *Intervención en drogodependencias con perspectiva de género*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Ruiz-Olivares, R. (2016). *Intervención psicológica en mujeres drogodependientes*. *Revista Española de Salud Pública*, 90.
- Ruiz Repullo, C. (s.f.). *Pepa y Pepe. La escalera cíclica de la violencia de género en la adolescencia*.

S

- SAMHSA. (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*.
- SAMHSA. (2014). *Using Motivational Interviewing in the Treatment of Substance Use Disorders*.
- Salisbury, E. (2022). *Bringing Gender-Responsive Strategies to Women in the Criminal Justice System*.
- SEPD – Sociedad Española de Patología Dual. (2017). *Manual de patología dual*.
- SEPD – Sociedad Española de Patología Dual. (2019). *Guía clínica para el tratamiento de la patología dual*.
- Servicio de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual (Bizkaia). <https://www.bizkaia.eus/>
- Szerman, N., Martínez-Raga, J., & Peris, L. (2017). *Manual de patología dual*. SEPD.

T

- Tiganus, A. (2021). *La revuelta de las putas*.
- Towers, E. B., et al. (2023). *Sex/gender differences in the time course of SUD*. *Pharmacological Reviews*.
- Trull, T. J., Sher, K., et al. (2010). *Personality disorders and substance use disorders*. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 426–446.

V

- VIII Plan de Adicciones de Euskadi (2023–2027). [https://www.euskadi.eus/...](https://www.euskadi.eus/)

Y

- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2021). *Psicoterapia de grupo: Teoría y práctica* (6ª ed.). Paidós.

Z

- Zimmerman, *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents*

