

## **Violencia de género y adicciones en las mujeres**

Dayana Arteta Molina

Socióloga

### **1. Contextualización de la violencia de género**

En los últimos años los estudios sobre la violencia de género concitan un creciente interés social, académico e investigador. No obstante, se vienen escuchando discursos negacionistas que pudieran tener como objetivo justificar o negar la violencia de género en la sociedad. Siguiendo a las investigadoras Esperanza Bosch y Victoria Ferrer (2012) establecen los siguientes parámetros de estudio de la violencia de género que denominan mitos. En primer lugar, los que están relacionados con la marginalidad de la violencia de género como un problema que solo acontece en países en vías de desarrollo y, que además ocurren en mayor medida en familias que presentan problemas ya sean económicos o de cualquier otra índole. En segundo lugar, los mitos que hacen alusión al maltratador como una persona que ha actuado debido a factores individuales. En tercer lugar, los mitos de las mujeres maltratadas, en el que se les responsabiliza de las agresiones. En cuarto lugar, los mitos relacionados con la importancia de la violencia de género como una problemática localizada y puntual, minimizándose la importancia de la violencia psicológica cuando se compara con la violencia física, y señalando a esta última como más grave. Por último, los mitos que normalizan los conflictos de la relación de pareja, los que aluden a denuncias falsas, y hacen ver a los hombres como víctimas del sistema.

Sin embargo, la violencia de género es un fenómeno social universal que afecta a todos los países independientemente de su situación económica y nivel de desarrollo. En las últimas décadas ha tenido una mayor relevancia como problema social, político y de salud pública. Diferentes organismos internacionales como la ONU, OMS, OPS, Unión Europea; entre otros, han elaborado herramientas en forma de informes y estudios para erradicar la violencia contra las mujeres. En el caso español se han implementado una serie de medidas que fueron impulsadas por las asociaciones de mujeres, muy especialmente a partir de la ley integral contra la violencia de género que fue aprobada en el 2004. Esta ley solo se aplica a las parejas o exparejas heterosexuales dentro del

ámbito privado y no incluye a todas las formas de violencia contra las mujeres que se manifiestan en la esfera privada o pública (Caro, 2010).

Por otro lado, no existe un perfil de agresor ni de mujer maltratada (Expósito, 2011), ya que la violencia de género la puede sufrir cualquier mujer independientemente de la clase social, la etnia, la edad, la profesión o el nivel de estudios. Por tanto, la violencia de género es todo tipo violencia que afecta a las mujeres por el simple hecho de serlo. Además, se manifiesta mediante distintas formas como la violencia física, sexual, psicológica, económica o simbólica. Estos tipos de violencia se producen de manera intencional, en secuencias temporales y espaciales (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005). Asimismo, en una relación de pareja pueden coexistir distintos tipos de violencias (Blanco, Ruiz, García y Martín, 2004).

Por consiguiente, los factores de riesgo que dan origen a la violencia de género tendrían su origen en las reminiscencias de un sistema patriarcal que, para mantenerse vigente, utiliza recursos simbólicos como la invisibilización y coacción para legitimar la desigualdad sexual. Cabe recordar que desde que las mujeres y los hombres nacen son socializados en estereotipos y roles de género, por ejemplo, los juguetes de acción y guerra para los niños y los juguetes domésticos y de belleza para las niñas (de Miguel, 2015). Asimismo, se dan relaciones asimétricas en donde la asimilación de la autoridad y el poder son rasgos característicos de los hombres, y se les atribuye la inferioridad y sumisión a las mujeres. En estas relaciones jerárquicas entre mujeres y hombres surge el patrón de conducta de la violencia de género, puesto que si la mujer deja de cumplir los roles de género asignados se produce el conflicto en la relación de pareja, al que puede llegar el uso de la violencia que viene siendo el control social sobre el comportamiento de las mujeres (Caro, 2010). Otro de los factores de riesgo identificados sobre la violencia de género en la pareja lo encontramos en el mito del amor romántico como amor-fusión, amor que todo lo puede y todo lo justifica (Herrera, 2018; Casado y García, 2006). Por último, se utiliza la violencia para resolver los conflictos interpersonales. En ese sentido, es el ámbito familiar donde se dan los mayores indicios de violencia de género, puesto que es el lugar propicio para el ejercicio de relaciones de dominio. Esta situación se ve agravada cuando la persona tiene un analfabetismo emocional y carece de habilidades sociales para resolverlo de forma pacífica (Caro, 2010).

## 2. Invisibilidad de las mujeres en el consumo de sustancias

La mayoría de estudios que se han realizado sobre adicciones o drogodependencias pueden adolecer de un sesgo androcéntrico, al considerar a los hombres como los referentes de estudio, ya que en el ámbito científico suelen tomarse de referencia para los estudios a los varones blancos de edad media al igual que se ha reportado en los ensayos clínicos de determinados fármacos. En cambio, el consumo de sustancias adictivas por parte de las mujeres ha sido un fenómeno frecuentemente olvidado, lo que podríamos poner en relación con una imagen social negativa referente al consumo de sustancias entre ellas: socialmente no estaban bien visto. Por tanto, este consumo era invisibilizado, se hacía en la esfera privada, aunque las familias conocían frecuentemente la problemática no querían reconocerlo. Por consiguiente, existen pocos datos, estudios e información sobre las mujeres consumidoras en una perspectiva histórica en España.

Las primeras investigaciones de mujeres y adicciones se hacen en los Estados Unidos de América en el siglo XIX. Estas se centraban en el consumo de opiáceos que eran recetados para calmar dolores y molestias y, en menor medida, sobre cocaína y cannabis. Sin embargo, en España los estudios pioneros sobre mujer y adicciones cabe situarlos a partir de las primeras décadas del siglo XX. Las primeras investigaciones analizaban el consumo de cocaína en mujeres que se dedicaban a la prostitución o el uso de morfina en mujeres con un nivel socioeconómico alto y que además eran consideradas enfermas. A partir de la década de los años 70 del siglo pasado se produce un cambio en el tipo de consumo ahora eminentemente de carácter lúdico y recreativo. En esta época se consume muy especialmente la heroína, al igual que otras sustancias ilegales como la cocaína y las drogas sintéticas. En los últimos años de este periodo cabe añadir igualmente el consumo de cannabis. En síntesis, las mujeres reportaron consumos inferiores en estas sustancias a la de los hombres, excepto con el cannabis. Una de las causas de este bajo consumo de sustancias ilegales se debía a que las mujeres sufrían una doble discriminación, puesto que se les cuestionaba tanto por ser consumidoras como por no cumplir con los roles tradicionales de género (Romo, 2005).

Estas primeras investigaciones sobre adicciones se realizaban desde el enfoque biomédico, que estudiaba el uso de sustancias desde las diferencias físicas por sexo, y no teniendo en cuenta el género, de carácter más cultural. Por ello, en los estudios o

proyectos sobre uso de sustancias es conveniente incluir la perspectiva de género para poder profundizar en los análisis sobre las causas o los motivos que llevan a las mujeres a consumir una determinada sustancia o por qué los tratamientos no llegan a ellas. Igualmente, de esta forma poder hacer visible el consumo de sustancias legales e ilegales que hacen las mujeres. No obstante, esta tendencia viene cambiando de una manera lenta pero paulatina, gracias a las investigaciones que han llevado a cabo mujeres como Carmen Meneses (2001, 2002) sobre el consumo de heroína, Josefa Gómez (2003) sobre el alcoholismo femenino o Nuria Romo (2006) acerca de la incidencia de los psicofármacos. Por otro lado, a nivel institucional la implicación y el interés que ha tenido el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Igualdad sobre la problemática de las adicciones en las mujeres se ha dejado sentir. De ese modo han promovido estudios en las últimas décadas, siendo un claro ejemplo de ello el *Plan de acción sobre adicciones 2018-2020* que ha incluido la perspectiva de género de manera transversal, tanto en la concepción como en el desarrollo del plan.

### **3. Las sustancias consumidas por las mujeres víctimas de violencia de género**

Las mujeres que sufren violencia de género de manera continuada por parte de sus parejas o exparejas terminan sufriendo graves problemas de salud. Algunas de estas problemáticas son visibles de inmediato, en cuanto son causadas por agresiones físicas. Luego hay otras secuelas que son invisibles a simple vista si bien terminan generando otros problemas de salud muchísimo más graves. Por ejemplo, las mujeres que sufren o han sufrido violencia física son más propensas a sufrir las siguientes enfermedades: fibromialgia, trastornos gastrointestinales, urinarios, y otras enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva como el SIDA y el papiloma humano. En relación a la salud psíquica, las mujeres presentan trastornos por estrés postraumático, ansiedad, depresión, y son más proclives a tener ideación suicida y una baja autoestima (Blanco, et al., 2004; Plazaola y Ruiz, 2004). Asimismo, las mujeres drogodependientes son más propensas a sufrir en la relación de pareja violencia física, sexual y psicológica. Este consumo de sustancias psicoactivas está más ligado a malestares que se manifiesta primeramente en síntomas y después se convierten en una adicción.

Las mujeres, como reportan los distintos estudios epidemiológicos, consumen mayormente alcohol, tabaco y psicofármacos. Estas sustancias legales tienden a estar más presentes en aquellas mujeres que sufren violencia de género en la relación de

pareja (Ministerio de Sanidad, 2007). En los datos de la encuesta sobre alcohol y otras drogas (Edades) de 1995-2017, el consumo de psicofármacos (hipnosedantes, analgésicos y opioides) en mujeres es más alto si lo comparamos con el consumo que reportan los hombres. Siguiendo con los psicofármacos, a los que acceden con o sin receta, la edad media de las mujeres que consumen esta sustancia es de 34,4 años, es decir, el consumo comienza en edades más avanzadas en comparación con otras sustancias legales (alcohol y tabaco) que lo hacen antes de cumplir la mayoría de edad. En definitiva, las mujeres serían población con factores de riesgo de medicalización, puesto que la atención primaria hace una valoración y tratamiento diferente a los hombres. Por ejemplo, cuando una mujer acude al hospital debido a problemáticas vinculados con trastornos del sueño es habitual que se les receten ansiolítico. Sin embargo, diversos estudios reportados señalan en cambio que a los hombres se les recomienda hacer deporte y salir con la familia, y les recetarían en menor medida psicofármacos. Esta situación ocurre frecuentemente de manera inconsciente habiéndose identificado su origen en los roles y estereotipos de género interiorizados en los procesos de socialización (Romo, 2005; Romo y Gil, 2006).

#### **4. Conclusiones**

En la actualidad las adicciones de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género es una problemática social, política y de salud pública de creciente interés y actualidad si bien no se está logrando resolver el problema. Los tratamientos terapéuticos, en su concepción, desarrollo, orientaciones e implementación suelen estar más enfocados en base a las necesidades de los hombres que no a las de las mujeres, frecuentemente invisibilizadas. En ese sentido, las mujeres víctimas de violencia de género tienen una menor presencia en las comunidades terapéuticas, ya que muchas piensan que, a modo de ejemplo, perderán la custodia de sus hijos e hijas. No obstante, en caso de asistir, que viene siendo la minoría como se ha analizado, acuden solas y generalmente no cuentan con el apoyo de sus familiares. Esto es debido a que las mujeres son cuestionadas por su consumo y etiquetadas como malas madres, y no está bien visto que tengan adicciones, porque consideran que no son características que encajen con los estereotipos y roles de la mujer. Por tanto, para mejorar el tratamiento y conseguir que no lo abandonen se debe incidir en campañas de concienciación y prevención e, igualmente, incluir la perspectiva de género en todo el proceso. Por

último, se recomienda igualmente incidir en campañas de formación dirigidas tanto al personal sanitario, investigador y terapéutico, para profundizar en el conocimiento sobre las causas o razones que llevan a que las mujeres consuman una determinada sustancia y mejorar así el abordaje de la problemática.

## 6. Referencias

- Blanco, Pilar, Ruiz, Consuelo, García, Leonor, y Martín, Mar. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Saint*, 18, 182-188.
- Bosch, Esperanza, y Ferrer, Victoria. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Caro, María. (2010). Violencia sexista: factores de riesgos y factores protectores. Diferenciar conductas y diversificar las respuestas. En María, Caro y Fernando, Fernández (coords.), *Buenos tratos: prevención de la violencia sexista* (pp. 53-102). Madrid: Talasa Ediciones.
- Casado, Elena, y García, Antonio. (2006). Violencia de género: dinámicas identitarias y de reconocimiento. En Fernando, García y Carmen, Romero (eds.), *El doble filo de la navaja: violencia y representación*. Madrid: Trotta.
- De Miguel, Ana. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A).
- Escudero, Antonio, Polo, Cristina, López Marisa, y Aguilar, Lola. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: I las estrategias de la violencia. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXV (95), 85-117.
- Expósito, Francisca. (2011). Violencia de género. *Mente y Cerebro*, 48, 20-25.
- Gómez, Josefa. (2003). *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Valencia: Unisitat de València. Dpt. de Trabajo Social y Servicios Sociales.
- Herrera, Coral. (2018). *Mujeres que ya no sufren por amor. Transformando el mito romántico*. Madrid: Catarata.
- Juncal, Plazaola, e Isabel Ruiz. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin*, 122(12), 461-467.

Meneses, Carmen. (2001). *Mujeres y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada.

Meneses, Carmen. (2002). De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. *Miscelánea Comillas*, 60, 217-243.

Ministerio de Sanidad. (2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (edades), 1995-2017*.

Ministerio de Sanidad (2017). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*.

Romo, Nuria. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas*, 5, 69-83.

Romo, Nuria, y Gil, Eugenia. (2006). Género y uso de drogas: de la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 243-250.