

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

RECOMENDACIONES CON BASE EN LA EVIDENCIA

GUÍA PARA EL DESARROLLO
DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN



DIPUTACIÓN
DE ALICANTE

IGUALDAD Y JUVENTUD

© Lorenzo Sánchez Pardo

Edita:

Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.

Autor del texto:

Lorenzo Sánchez Pardo

Diseño y Maquetación:

Tábula Comunicación

Imprime:

Quinta Impresión, S.L.

Depósito Legal:

A-599-2014

ÍNDICE

1. LA RELEVANCIA DEL GÉNERO PARA LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS	5
2. OBJETIVOS DE LA GUÍA	9
3. LA NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	10
4. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD	15
5. EVIDENCIAS SOBRE EL IMPACTO DEL GÉNERO EN LA SALUD	20
6. GÉNERO Y PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS	24
6.1. Patrones de consumo de alcohol	32
6.2. Patrones de consumo de tabaco	35
6.3. Patrones de consumo de psicofármacos	36
6.4. Patrones de consumo de cannabis	38
6.5. Patrones de consumo otras drogas ilícitas	38
7. GÉNERO Y ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS	40
8. MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN HOMBRES Y MUJERES	43
9. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CLAVE DE GÉNERO	47
9.1. Factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas por parte de la población adolescente	48
9.2. Factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas por parte de las adolescentes y las mujeres	57
9.3. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de tabaco	62
9.4. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol	65
9.5. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas ilícitas	69

10. IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES	71
10.1. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol	72
10.2. Consecuencias derivadas del consumo de tabaco	75
10.3. Consecuencias derivadas del consumo de psicofármacos	77
10.4. Consecuencias derivadas del consumo de drogas ilícitas	78
11. EVIDENCIAS SOBRE LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	79
11.1. Resultados de los programas de prevención en función del género	79
11.2. Resultados de los programas específicos de género	83
11.3. Características de los programas efectivos para chicas y chicos de alto riesgo	85
11.4. Evidencias sobre el impacto de los programas de prevención escolar y familiar en clave de género	87
11.5. Evidencias sobre las intervenciones preventivas para dejar de fumar	89
12. PROPUESTAS PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	92
13. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

1

LA RELEVANCIA DEL GÉNERO PARA LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS

El género es un determinante de la salud y constituye un elemento clave para comprender los distintos significados que el uso y abuso de drogas tienen para los hombres y las mujeres, así como las motivaciones e influencias que inducen a chicos y chicas a iniciarse en el consumo y a desarrollar conductas de abuso y/o dependencia hacia las mismas.

A diferencia del sexo, que alude a una serie de características o atributos que están determinados biológicamente, el género hace referencia a los condicionantes de tipo social y cultural que conforman los rasgos característicos de la femineidad y la masculinidad, y que establece una serie de comportamientos, atributos y actividades que cada sociedad considera propios de los hombres y de las mujeres y que trascienden las diferencias biológicas entre los sexos. El género es por tanto una construcción cultural y como tal cambiante, de manera que las identidades y los roles femeninos y masculinos están en continua evolución y difieren de un país a otro.

Estas identidades de género, culturalmente construidas, tienen una influencia clave en los valores, las creencias, las actitudes y los comportamientos de las personas, puesto que se configuran como un referente normativo que establece lo que se considera adecuado o característico de hombres y mujeres y que fija diferencias en el poder y en el acceso a los recursos entre ambos. La relevancia del género como categoría analítica radica en su influencia en diferentes dimensiones (HARDING, S. 1996; JIMÉNEZ, M.L. & GUZMÁN, R. 2012):

a) Dimensión simbólica.

Esta dimensión se asocia con los modelos sociales de masculinidad y femineidad que se concretan en roles y normas de género que fijan la aceptabilidad o el rechazo de ciertas conductas para los hombres y las mujeres. Estas normas de género ejercen una gran influencia en las relaciones que los hombres y las mujeres mantienen con las drogas. Mientras que entre los hombres los consumos son percibidos como una conducta natural, socialmente aceptada, entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por este motivo las mujeres con problemas de adicción a las drogas soportan una mayor sanción social que los hombres, que se traduce en la estigmatización de las mujeres y en un menor grado de apoyo familiar o social (SANCHEZ, L. 2009). Así pues, los modelos tradicionales de femineidad y masculinidad actuaban protegiendo a las mujeres frente al consumo de drogas, al considerarlo como una conducta inaceptable o reprochable, mientras que favorecían su uso entre los hombres.

Los niveles de aceptabilidad y/o rechazo de los consumos de drogas están condicionados, además de por el género, por el estatus legal de las sustancias. Las mujeres que consumen

drogas sufren un mayor grado de rechazo que los hombres, que se incrementa en el caso de las sustancias ilícitas o para los patrones de consumo más intensivos, lo que propicia su ocultación. En ocasiones los estereotipos de vinculados a los roles tradicionales femeninos propician el uso de ciertas drogas, como ocurre con los psicofármacos, sustancias que se consideran compatibles con las necesidades y problemáticas femeninas (ROMO, N. y GIL, E. 2006).

b) Dimensión estructural

Esta dimensión se vincula con la organización social y la división del trabajo, lo que se traduce en la existencia de ámbitos de influencia, relaciones de poder y distribución de los recursos diferenciados para hombres y mujeres. El modelo tradicional de roles, construido sobre la supremacía masculina y basado en una división del trabajo entre el ámbito privado/familiar (asignado a las mujeres) y el ámbito público/productivo (asignado a los hombres), ejerce una influencia clave en los consumos de drogas, facilitando su uso por parte de los hombres y restringiendo el acceso de las mujeres a ciertas sustancias, como ocurre con las drogas ilícitas, que requieren disponer de medios económicos y conexiones sociales para su adquisición.

c) Dimensión individual

Esta dimensión alude a la concreción de las dimensiones simbólica (las normas sociales) y estructural (la distribución del trabajo y el poder) en la vida cotidiana de las personas y se relacionan con los significados que el uso de drogas tienen para los hombres y las mujeres. Precisamente esta dimensión individual ayuda a entender por qué las motivaciones de las mujeres para consumir drogas se vinculan en mayor medida como una respuesta a estados de ánimo negativos, mientras que entre los hombres prevalecen las motivaciones relacionadas con la interacción social.

Como se ha indicado, los roles y las identidades de género son cambiantes. La creciente presencia de las mujeres en el sistema educativo, el mercado laboral y la vida política y social ha propiciado la aparición de un nuevo modelo de género más igualitario, del que participan mayoritariamente las generaciones más jóvenes. Las nuevas identidades de género tienen un impacto directo sobre los patrones y las tendencias observadas en los consumos de drogas, estando en el origen de la reducción en la brecha de género observada en las últimas décadas en el uso de estas sustancias, en especial entre los grupos de edad más jóvenes. La coexistencia en el tiempo de ambos modelos de roles de género (tradicional y moderno/igualitario) explica en buena medida las diferencias observadas en los patrones de consumo en función de la edad. Mientras que entre las generaciones más jóvenes las diferencias de género en el uso de drogas prácticamente han desaparecido (al menos en el caso del alcohol, el tabaco y, en menor medida, del cannabis), entre la población adulta se mantiene la brecha de género, que se acentúa en las cohortes de mayor edad.

El progresivo desplazamiento del modelo tradicional de roles de género hacia un modelo más moderno e igualitario ha provocado importantes cambios en modelos de feminidad y masculinidad, que tienen su plasmación en los hábitos de consumo de drogas. En el caso de las mujeres, los progresos en el campo de la igualdad de las oportunidades les lleva a incorporar comporta-

mientos que hasta hace pocos años se consideraban propios de los hombres, pero que ahora resultan compatibles con la moderna definición del rol femenino (ELLIOT, R. 2006). Por su parte, la identidad masculina ha evolucionado integrando progresivamente roles que se consideraban propios de las mujeres y que se reflejan, entre otros aspectos, en la incorporación de conductas saludables. De este modo el nuevo modelo de roles de género favorece que los varones se desprendan de elementos que actuaban como factores de riesgo para su salud (asunción de riesgos, rechazo a pedir ayuda, etc.), mientras que las mujeres pierden parte del papel protector que les facilitaba el modelo tradicional, al propiciar su acceso a las sustancias y reducir el rechazo social de su uso. Estos cambios en las identidades de género explican, por ejemplo, por qué el tabaquismo ha crecido en los últimos años entre las mujeres, mientras que retrocedió entre los varones, tanto jóvenes como adultos.

El hecho de que tradicionalmente los consumos de drogas fueran considerados como una cuestión eminentemente masculina ha favorecido un claro sesgo androcéntrico (visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino) que todavía hoy sigue caracterizando la investigación sobre los usos de drogas y el diseño de los programas y servicios destinados a la prevención de los consumos de drogas y al tratamiento de las adicciones. Un sesgo que ha propiciado la invisibilización de las experiencias de las mujeres con las drogas o que las mismas sean interpretadas desde la perspectiva masculina (ETTORRE, B. 1989). Además, ha facilitado la presencia de estereotipos sexistas, que llevan a explicar los consumos de drogas que relizan las mujeres en base a su supuesta debilidad corporal y a su incapacidad para afrontar las situaciones adversas de la vida, a la vez que asocia, casi de forma exclusiva, los problemas derivados del consumo de drogas para las mujeres con la salud reproductiva, obviando sus múltiples impactos sobre su salud (INHORN, M. & WHITTLE, L. 2001).

La percepción del uso de sustancias como un problema predominantemente masculino puede atribuirse en parte a las diferencias en la co-morbilidad de hombres y mujeres. Para los hombres, el consumo de sustancias tiende a asociarse a mayores niveles de conductas socialmente amenazantes, mientras que entre las mujeres tienden a reflejar internalización. La amenaza social que plantean los problemas masculinos coexistentes con el uso de sustancias provoca que las políticas y la atención profesional se hayan centrado hasta el momento en el uso de sustancias por parte de los varones.

La ausencia de un enfoque de género, coloquialmente denominada como “ceguera de género”, ha sido una constante hasta fechas recientes en la investigación relacionada con las drogas, así como en el diseño de los programas destinados a prevenir su consumo, que sistemáticamente han ignorado las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto a los patrones de consumo de drogas, los factores asociados al uso y abuso de drogas, las consecuencias derivadas del consumo (su distinto grado de vulnerabilidad) y en el impacto y los resultados obtenidos por las diversas estrategias ensayadas en el campo de la prevención.

La ceguera de género, que ha caracterizado las políticas desarrolladas hasta el momento en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas, explica el limitado nivel de conocimientos

disponibles en la actualidad en torno a diferentes aspectos claves para la implementación de estrategias y programas de prevención. No deja de ser paradójico que en un momento donde se han producido importantes avances en el campo de la prevención, con una creciente evidencia respecto a los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas y a la efectividad de las diferentes estrategias preventivas, exista una escasa evidencia acerca de cómo inciden estos factores asociados al consumo de drogas en las chicas y los chicos adolescentes y sobre cuáles son las estrategias preventivas más efectivas en cada uno de estos colectivos.

PUNTOS CLAVES

Existe una amplia evidencia de las diferencias existentes entre mujeres y hombres en relación con el consumo de drogas. A pesar de que las mujeres tienen menos probabilidades de iniciarse el consumo de drogas que los hombres, son más susceptibles de desarrollar una adicción y más vulnerables a las patologías relacionadas con las drogas y están más expuestas a sufrir violencia física y sexual. Las mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas se enfrentan a estigmas culturales y múltiples barreras que les impiden acceder a los servicios asistenciales y que condicionan negativamente su continuidad y evolución en los programas de tratamiento.

Pese a ello, la mayoría de las estrategias para la prevención del consumo de drogas que se desarrollan en la actualidad no tienen cuenta las diferencias de género y siguen tomando como referentes básicos las necesidades de los varones.

El resultado de la ceguera de género en el abordaje de los problemas relacionados con el uso y abuso de drogas es el limitado o nulo impacto que muchas de las estrategias y programas que se desarrollan actualmente tienen sobre las mujeres.

Los resultados de la investigación cuestionan abiertamente que el consumo de sustancias sea un problema masculino y acentúan la necesidad de desarrollar una prevención eficaz, tanto para hombres como para mujeres.

2

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Esta guía revisa y analiza la evidencia disponible sobre la influencia del género en diversos aspectos y dimensiones estrechamente vinculadas con la prevención del uso y abuso de drogas. Concebida como una herramienta de apoyo al trabajo del personal técnico encargado del diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención, pretende fomentar el desarrollo de acciones preventivas con base en la evidencia y sensibles a la perspectiva de género.

Los objetivos que persigue la guía son los siguientes:

- 1º) Sensibilizar a los profesionales que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias y de la salud de la necesidad de incorporar en sus actuaciones un enfoque de género.**
- 2º) Sistematizar las evidencias científicas disponibles relativas a:**
 - Los patrones de consumo de las distintas drogas que mantienen hombres y mujeres.
 - Las tendencias en los consumos en función del género.
 - Las actitudes y percepciones de hombres y mujeres hacia las drogas.
 - Los significados que el uso y abuso de drogas tienen para hombres y mujeres.
 - Las motivaciones que favorecen el inicio y la continuidad de los consumos en chicas y chicos.
 - Los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas en hombres y mujeres.
 - La efectividad diferencial en función del género de las distintas estrategias y programas implementados en el campo de la prevención de las drogodependencias.
- 3º) Establecer una serie de criterios orientadores y recomendaciones, basados en la evidencia y la evaluación de resultados, que faciliten la incorporación de la perspectiva de género al diseño, ejecución y evaluación de las acciones preventivas, a fin de mejorar la efectividad de las mismas.**

3

LA NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Aunque el género es uno de los principales determinantes de la salud sólo hasta fechas recientes ha sido incorporado a la investigación en el campo de la salud (OMS, 2007). Esto es así en gran medida porque las desigualdades de género han afectado también a las prácticas de investigación, que ha asumido tradicionalmente una postura ciega o neutra al género (JOHNSON, J.L. et al., 2007; LIPPMAN, A. 2006).

El género influye en la salud como resultado directo de los diferentes roles, responsabilidades y actividades atribuidos a los individuos. El hecho de que en nuestra sociedad la masculinidad se asocie comúnmente a la dureza o la resistencia, implica que muchos hombres sean menos propensos a buscar ayuda para abordar sus problemas de salud. Por otra parte, el que la feminidad se vincule con la delicadeza puede desanimar a las niñas y las mujeres a participar en ciertas actividades físicas que pueden mejorar su salud, como la práctica del deporte.

Además, el género condiciona las oportunidades de acceso a determinados servicios y tratamientos. Algunas investigaciones sugieren, por ejemplo, que las instituciones sanitarias tienden a tratar a los con mayor rapidez los síntomas cardíacos que presentan los hombres (BARAKAT, et al., 2000; ROSENFELD, A.G. 2001), debido a la percepción social dominante acerca de lo que es un “típico paciente de corazón”, así como al hecho de que los síntomas de las patologías cardíacas pueden diferir entre hombres y mujeres.

Incorporar el enfoque de género en el campo de la salud supone analizar las diferencias y desigualdades en los roles que mujeres y hombres desempeñan en la sociedad, los desequilibrios en sus relaciones y necesidades, las limitaciones y oportunidades y el impacto de esas desigualdades en sus vidas (WHO, 1998).

No obstante, el género ha ocupado tradicionalmente un papel secundario en la investigación en salud, como lo confirma la falta de atención hacia las mujeres en la investigación en biomedicina o el que los datos por sexo y de otras variables estrechamente relacionadas con el género (como el nivel educativo o de renta) no sean sistemáticamente registrados/reunidos en la mayoría de los estudios y grandes sistemas de encuestas. Por este motivo se recomienda (SILIQUNI, R. et al., 2009):

- La recopilación de datos desglosados por género, incluyendo variables de tipo sociodemográfico como la edad, el nivel educativo, la renta, la ocupación, la presencia de hijos y/o personas dependientes, etc., en los proyectos de investigación relacionados con la salud.

- La incorporación simultánea en los proyectos de investigación de las relaciones sexo/género en materia de salud, esto es, tener en cuenta los factores sociales/culturales y biológicos asociados a la enfermedad y la salud.

En el campo de las adicciones resultan evidentes las interacciones entre el sexo y el género. Junto a las diferencias genéticas, metabólicas y hormonales existentes entre hombres y mujeres, actúan las relaciones de género que condicionan los diferentes niveles de riesgo, los problemas asociados al consumo de drogas y las respuestas de los sistemas de salud y bienestar social ante las adicciones.

Incorporar la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud, en general, y de las adicciones en particular, constituye un aspecto esencial para mejorar la calidad de las intervenciones a desarrollar tanto en el ámbito preventivo como asistencial. Por ello múltiples organizaciones nacionales e internacionales abogan por adoptar esta estrategia.

La incorporación del sexo (dimensiones biológicas) y del género (condicionantes culturales y sociales) en la investigación en salud contribuirá a mejorar, no sólo los resultados de la ciencia, sino las vidas de mujeres y hombres y de los niños y las niñas. Ello ha llevado a algunos autores a destacar que **es mejor la ciencia con sexo y género**. En esta línea, la Canadian Women's Health Network –CWHN- (JOHNSON, J.L., et al., 2007) realizó una propuesta para incorporar el sexo y el género en el análisis de la investigación en salud, que establece tres posibles enfoques alternativos:

1. Volver a revisar estudios originales, analizando con una nueva perspectiva sus resultados o realizando análisis secundarios complementarios, sin modificar el diseño de la investigación, al haberse e realizó la recogida de datos.
2. Ampliar el plan de investigación existente, incorporando nuevas dimensiones y variables coherentes con las perspectivas de sexo y género. Esta operación puede concretarse en la ampliación de muestras y medidas adicionales que permitan investigar los problemas de salud específicos de hombres y mujeres, la inclusión de métodos cuantitativos y cualitativos, etc.
3. Incorporar desde el principio la perspectiva de sexo y género en todas las fases de la investigación, incluyendo el propio diseño del estudio.

La ausencia de perspectiva de género en el diseño de numerosas investigaciones epidemiológicas en el campo de las drogas y las adicciones y, en especial, en el diseño y la evaluación de los resultados y el impacto de las intervenciones preventivas, determina que el conocimiento actual sobre algunas dimensiones claves para el establecimiento de políticas efectivas en materia de prevención sea muy limitado, en especial en lo relativo a (SÁNCHEZ, L. 2009):

- Los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas y/o las distintas motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.

- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres frente a los consumos de drogas.
- La efectividad y el impacto que los programas de prevención desarrollados en diferentes ámbitos (escolar, familiar, comunitario, etc.) tienen en cada sexo.
- Los factores que determinan la efectividad de las estrategias preventivas con hombres y mujeres (su distinto nivel de éxito).

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

- a) Conocer cómo las identidades femenina y masculina y los roles asignados a hombres y mujeres condicionan su diferente exposición a los factores de riesgo o de protección asociados al uso y abuso de drogas.
- b) Tener presentes las diferencias y peculiaridades que tanto el sexo como el género introducen en los patrones de uso de las distintas sustancias, en la decisión de iniciar, mantener o abandonar el consumo de drogas y en los efectos y consecuencias que se derivan de los consumos.
- c) Eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a los servicios y programas preventivos y asistenciales.
- d) Ajustar las respuestas, tanto de carácter preventivo como asistencial, a las distintas necesidades que los hombres y las mujeres presentan relacionadas con los consumos de drogas y las adicciones.

A nivel práctico, incorporar la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de programas de prevención de las drogodependencias implica:

- Incluir en los estudios epidemiológicos a realizar en el campo de las drogodependencias variables, complementarias al sexo, que permitan conocer dimensiones sensibles en clave de género (edad, nivel formativo, ocupación, dependencia emocional, estado emocional, la implicación en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, las relaciones familiares o de pareja, etc.).
- Analizar el distinto grado de vulnerabilidad que frente a los factores de riesgo asociados al consumo de drogas tienen hombres y mujeres y en qué medida los modelos de roles de género dominantes en cada grupo de edad (niñas y niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas) condicionan las diferentes respuestas ante los mismos.
- Identificar los factores de protección que contribuyen a que hombres y mujeres, de distintas edades y grupos sociales, se mantengan al margen de las drogas o eviten comportamientos lesivos para la salud.

- Conocer el distinto tipo de respuesta de hombres y mujeres frente a las distintas estrategias preventivas, con el fin de ir generando evidencias que permitan seleccionar aquellas intervenciones que se muestren más efectivas en cada colectivo.
- Modificar los objetivos y contenidos de los programas de prevención, incorporando objetivos y actuaciones dirigidas específicamente a chicas y chicos y hombres y mujeres.
- Modificar los conocimientos y actitudes de los profesionales respecto del género, así como su lenguaje, para que el mismo sea inclusivo de las mujeres.

Existen múltiples razones que avalan la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el diseño y la evaluación de los programas destinados a prevenir el uso y abuso de diferentes drogas:

1. Si bien hombres y mujeres comparten motivaciones comunes para iniciarse al consumo y progresar en el mismo, presentan motivaciones específicas que deben ser tenidas en cuenta.
2. Existe evidencia de la existencia de factores de riesgo y de protección asociados al uso y abuso de drogas específicos para hombres y mujeres y de que los factores comunes o compartidos ejercen una influencia diferente en cada uno de estos grupos.
3. Hombres y las mujeres mantienen patrones de consumo de drogas y transiciones desde el uso al abuso y la dependencia diferentes.
4. Conocer las características de los consumos de drogas de hombres y mujeres es imprescindible para poder contar con una evaluación de necesidades que sirva de base al diseño de los programas de prevención.
5. Comprender las diferencias que el género establece en los comportamientos relacionados las drogas y en los mecanismos vinculados a la decisión de consumir o no drogas constituye un requisito básico para poder implementar estrategias preventivas efectivas.
6. Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades puestas en marcha para prevenir el consumo de drogas se adapten a las mismas. No es posible diseñar, implementar y evaluar programas para prevenir el consumo de drogas y ciertos efectos asociados, obviando las diferencias existentes entre la población destinataria de los mismos.
7. Los resultados de la investigación aportan una sólida evidencia acerca de la necesidad de incorporar la perspectiva de género a los programas preventivos que no puede ser ignorada. La prevención basada en la evidencia implica el uso concienzudo de la mayor evidencia disponible como base de la toma de decisiones, a fin de lograr los mejores resultados posibles en la reducción del uso y abuso de drogas.

8. Existe una creciente exigencia social para hacer un uso eficiente de unos recursos públicos escasos, lo que requiere de una sólida evidencia acerca de los beneficios que se espera alcanzar con las acciones preventivas puestas en marcha y que las mismas sean coherentes con los resultados aportados por la investigación, a fin de asegurar su sostenibilidad a medio y largo plazo. Los discretos resultados alcanzados hasta la fecha por los programas de prevención para reducir la demanda de drogas pueden explicarse, en parte, por la ausencia de un enfoque de género en el diseño de los mismos.

PUNTOS CLAVES

Para mejorar la efectividad de los programas de prevención resulta esencial que los mismos incorporen de forma sistemática la perspectiva de género. Para ello, deben tener en consideración las características y necesidades específicas que presentan los hombres y mujeres de distintas edades en este ámbito y seleccionar aquellas estrategias e intervenciones preventivas que, en base a la evidencia y los resultados de la evaluación de programas, se hayan mostrado más efectivas para evitar el uso de drogas o la progresión de los consumos entre los hombres y las mujeres.

La inclusión de un enfoque de género en los programas de prevención puede articularse incorporando módulos o actuaciones específicas para chicas y chicos en el marco de programas de prevención mixtos, o bien diseñando programas dirigidos sólo a chicas o a chicos.

4

EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

Los roles de género que la sociedad impone a hombres y mujeres condicionan sus comportamientos en relación con la salud, sus actitudes respecto a la adopción de riesgos y el uso y acceso a los servicios de salud (HANSON, K. 2002; KUTZIN, J. 1993; PUENTES-MARKIDES, C. 1992; VLASSOFF, C. 1994). Las conductas y actitudes socialmente adquiridas que conforman la identidad de género determinan, junto a las diferencias biológicas y el nivel de acceso a los servicios sanitarios, el estado de la salud de hombres y mujeres de todas las edades.

Está ampliamente acreditado que las mujeres tienen un menor acceso a los servicios de salud en relación con los hombres debido, fundamentalmente, a su menor presencia en el mercado laboral y a la dependencia/subordinación económica de la mujer, que se traduce en un menor acceso a los recursos económicos de la familia, a pesar de que precisan en general una mayor atención sanitaria derivada de las intervenciones relacionadas con la salud reproductiva. Además, la investigación confirma que las mujeres reciben menos los beneficios derivados del desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales en el campo de la salud (BIRD, CE. & RIEKER, PP. 1999; SAYER, GP. & BRITT, H. 1996).

El género introduce importantes diferencias en los comportamientos relacionados con la salud, una realidad que avala la necesidad de impulsar programas de promoción de la salud y de prevención sensibles al género, como estrategia para mejorar la equidad de género en salud y la calidad de las intervenciones y los programas (KOLIP, P. 2008).

El sabido que las identidades de género tienen un impacto directo sobre la salud de las personas, haciendo, por ejemplo, que los adolescentes y jóvenes varones sean más propensos a mantener comportamientos de riesgo relacionados con la salud, lo que se traduce en una mayor prevalencia en el uso de sustancias peligrosas y de lesiones por accidentes. Por el contrario, el rol de “cuidadoras” asignado a las mujeres favorece que las adolescentes muestren una mayor preocupación por la salud y tengan comportamientos más saludables y un mayor control y seguimiento de su salud.

La perspectiva de género ayuda a comprender una de las grandes paradojas existentes en relación a la salud, como es la menor mortalidad y mayor morbilidad de las mujeres (viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres). En un contexto en el cual la esperanza de vida está aumentando en todos los países desarrollados, los hombres están ganando años de vida sanos, en tanto que las mujeres ganan años de “discapacidad” (SILIQINI, R. et al., 2009). Mientras que el peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con su implicación en fenómenos biológicos como el embarazo y el parto que entrañan riesgos para la salud y con una posición social más desfavorecida (que provoca mayores dificultades para proteger su propia

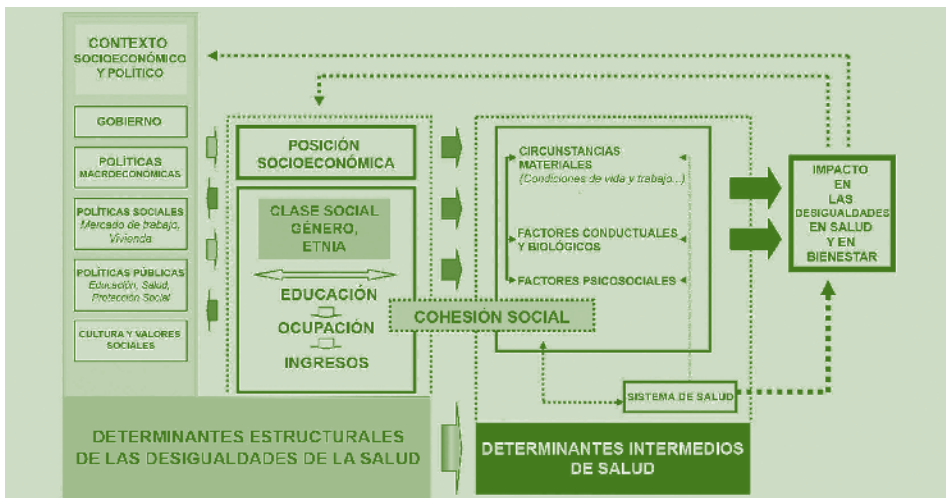
salud y obtener asistencia sanitaria), la menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y conductas de riesgo que conducen a más muertes por accidentes y otras causas en la edad media de la vida (VERBRUGGE, LM. 1989).

La influencia del género sobre la salud se produce a través de un doble proceso. Además de su influencia directa como determinante de la salud, el género interactúa con otros condicionantes de la misma (como el nivel educativo y socio-económico). Estas “intermediaciones de género” condicionan la influencia de otros factores determinantes de la salud. Un ejemplo de esta situación se observa en la evolución del tabaquismo en las últimas décadas, que ha aumentado de forma continuada entre las mujeres. Si se estratifican los hábitos femeninos de consumo de tabaco en función del nivel educativo y de renta se constata una disminución de la prevalencia de mujeres fumadoras entre aquellas que disponen de un mayor nivel educativo y de renta y un aumento entre las que tienen un menor nivel educativo y de renta (FAGGIANO, F. et al., 2001).

La perspectiva de género ayuda también a identificar los determinantes de la salud de hombres y mujeres. Disfrutar de una mejor o peor salud depende de distintos factores, si bien una creciente evidencia señala que los factores o determinantes sociales (las condiciones sociales en que viven y trabajan las personas) son los más influyentes, frente a otros factores como los genéticos o los biológicos que, además de tener un menor peso, no pueden ser modificados (MSSSI, 2012).

Existen distintos marcos conceptuales para explicar la influencia de los determinantes sociales de la salud, entre otros el elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (SOLAR, O. & IRWIN, A. 2007), que incluye dos grandes categorías de determinantes sociales de la salud (Figura 1):

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



a) Determinantes intermedios de la salud

Son los factores que influyen directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la misma y los factores biológicos y psicosociales. Integran los siguientes elementos:

- Las circunstancias materiales. Incluyen determinantes relacionados con los entornos físicos, las condiciones de trabajo y las características físicas del barrio en el que viven las personas.
- Las circunstancias psicosociales. Incluyen tanto factores de estrés psicosocial (condiciones de vida estresantes, etc.), como factores psicosociales positivos, como las redes y el apoyo social.
- Los hábitos o conductas relacionadas con la salud, como la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Estos determinantes pueden actuar potenciando la salud (por ej. la actividad física), o por el contrario ser perjudiciales para la salud (por ej. el consumo de tabaco).
- El propio sistema de salud, que puede intervenir directamente sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad a través de un acceso equitativo al sistema de salud y la promoción de acciones que permitan mejorar el estado de salud o bien actuando como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas.
- Cohesión social y capital social. La cohesión social incorpora el conjunto de mecanismos de integración existentes en una sociedad y las percepciones de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social por parte de los grupos que lo conforman. El capital social es un recurso intangible y dinámico que abarca elementos tales como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

b) Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud: posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político

La influencia de los determinantes estructurales en la salud no es directa, sino que la ejercen a través de los factores o determinantes intermediarios anteriormente descritos. Estos determinantes son las “causas de las causas” de las desigualdades en salud e incluyen:

- El contexto socioeconómico y político que pueden afectar a las desigualdades en salud. Entre estos factores se incluyen las políticas macroeconómicas, sociales y las relacionadas con la salud. Asimismo, incluye otros factores relevantes como la cultura, los valores y las normas sociales.
- La posición socioeconómica. Serían los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de una sociedad (los ingresos, la educación, la ocupación o el acceso a los recursos).
- Determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud, como el género o la raza.

PUNTO CLAVE

Las desigualdades sociales en salud tienen una naturaleza estructural, afectando a todo el gradiente social de la población, pero especialmente a las personas o colectivos que se encuentran peor situados en la escala social. Por ello, las acciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud deben necesariamente ser integrales y tener un doble enfoque:

- **Es necesario impulsar estrategias universales y no solo estrategias dirigidas a los grupos considerados de riesgo o más vulnerables (actuaciones selectivas).**
- **Las medidas deben dirigirse a toda la cadena causal, lo que incluye medidas para modificar el contexto y/o la estratificación social, medidas para modificar las condiciones y los estilos de vida y medidas para reducir las consecuencias de las desigualdades en salud.**

FUENTE: SOLAR, O. & IRWIN, A. (2007)

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, así como las basadas en razones de género, explican diferentes procesos relacionados con la salud, tales como (MSC, 2007):

- Las diferencias en la incidencia y consecuencias de las enfermedades, como por ejemplo la morbilidad psiquiátrica observada entre las mujeres.
- Los sesgos de género en la atención a las enfermedades, como por ejemplo los mayores retrasos diagnósticos e infradiagnósticos en la respuesta del sistema sanitario a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres, que siguen siendo consideradas como típicamente masculinas.
- El mayor uso de tranquilizantes, antidepresivos e hipnóticos por parte de las mujeres.
- La mayor medicalización de la vida de las mujeres, que utilizan de forma más temprana y con mayor frecuencia los servicios de salud. La socialización masculina dificulta la aceptación de la enfermedad, así como la expresión de sus temores y necesidades, que son percibidos como signos de debilidad propios de mujeres, lo que incrementa su resistencia a frecuentar las consultas médicas cuando surge un problema de salud, al tiempo que dificulta la recepción de los mensajes de promoción de salud y prevención de enfermedades (DOYAL, L. 2001).
- Los peores hábitos alimentarios de los hombres, colectivo que presenta mayores problemas de obesidad. A pesar de ello, las mujeres tienen una percepción de obesidad superior a los hombres, lo que indicaría el mayor interés de las mujeres por su peso e imagen corporal.

- Los peores hábitos de sueño de las mujeres que duermen menos de 6 horas en las edades centrales de la vida en mayor proporción que los hombres, conducta que estaría relacionada con la diferente dedicación a los cuidados de la crianza de los menores en las edades reproductivas.
- La menor participación de las mujeres en actividades deportivas. Las oportunidades para la práctica del deporte difieren para niños y niñas, puesto que la imagen social del deporte es mayoritariamente masculina, dificultando que las niñas se identifiquen con dicho modelo. Entre las mujeres adultas, la falta de un hábito establecido y mantenido en la infancia y la juventud y su mayor dedicación a la crianza y a los trabajos reproductivos limitan la disponibilidad de tiempo y energía para realizar actividades físicas planificadas (ARTAZCOZ, L. et al., 2001).
- Las mayores prevalencias de los consumos de alcohol, tabaco y drogas ilícitas entre los hombres.
- La mayor exposición de los hombres a sufrir lesiones externas, en particular las derivadas de accidentes de tráfico.
- El cuidado de personas mayores tiene efectos negativos sobre la salud de las personas que prestan estos cuidados (en especial sobre la salud mental), en su inmensa mayoría mujeres.

PUNTO CLAVE

A pesar de la amplísima evidencia disponible que acredita las diferencias de género relacionadas con la salud (LAGRO-JANSSENT, T. et al., 2008), la planificación y ejecución de políticas y programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades carecen de un enfoque de género (CRISTOFIDES, N. 2001; ÖSTLIN, P. 2002; PERIAGO, M.R. et al., 2004), partiendo de la infundada suposición de que las intervenciones serán igual de eficaces para los hombres que para las mujeres. Esta carencia se hace extensiva también a la investigación de los resultados obtenidos con las intervenciones, que frecuentemente no facilitan datos desagregados por sexo ni análisis de género en la recopilación, análisis y presentación de sus resultados.

5

EVIDENCIAS SOBRE EL IMPACTO DEL GÉNERO EN LA SALUD

A continuación se señalan las principales evidencias disponibles acerca de la influencia que el género tiene en la salud de los hombres y de las mujeres. Conocer y tener en cuenta estas evidencias resulta fundamental para el diseño de políticas y programas en materia de salud y, en particular, de aquellos destinados a prevenir el uso y abuso de drogas.

- 1) Los procesos y resultados de salud y enfermedad y su atención desde los servicios de salud son distintos en hombres y mujeres, unas diferencias que en su mayoría no pueden explicarse por razones de tipo biológico, sino que están relacionadas con los roles y estereotipos de género. La clase social influye también, interactuando de diferentes maneras con el género (MSC, 2007).
- 2) Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres y en los roles asignados y la posición en la familia y la sociedad, son factores que tienen una gran influencia en el origen, las consecuencias y el tratamiento de las enfermedades y los problemas de salud, así como sobre la eficacia de las políticas y programas de promoción de la salud y de prevención. Una amplia evidencia confirma las diferencias existentes entre hombres y mujeres en la mortalidad y la morbilidad y en la exposición a factores de riesgo y de protección específicos (OSTLIN, P. et al., 2006).
- 3) Las políticas de promoción de la salud que tienen en consideración la diferente vulnerabilidad biológica y social de los hombres y las mujeres respecto de los riesgos para la salud y las relaciones desiguales de poder entre los sexos tienen más probabilidades de tener éxito y ser eficaces en comparación con las políticas que no se ocupan de tales diferencias (BOERDER, C. et al., 2004; OSTLIN, P. et al., 2006).
- 4) Los resultados de la investigación indican que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen un mejor estado de salud que las que lo hacen a tiempo completo como amas de casa. Situación que se explica por los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa, como las oportunidades que brinda para desarrollar la autoestima y la confianza personal, el contacto y apoyo social y las experiencias que aumentan la satisfacción personal. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la familia. Estas circunstancias apoyan la hipótesis de “potenciación de rol”, según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007a).
- 5) Las desigualdades de género a la hora de compaginar la vida laboral y familiar tienen un impacto claro sobre la salud. Varios estudios avalan la hipótesis de la sobrecarga y el conflicto de roles como condicionantes de la salud. Está documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras, pero no sobre la de las casadas (WALDRON, I. et

al., 1998) o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial, lo que parece confirmar que cuando la carga de trabajo total es alta, compaginar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud.

- 6) El género introduce diferencias en las conductas relacionadas con la salud. Las mujeres, en general, se preocupan más y aplican más cuidados a su salud que los hombres. Por el contrario, los hombres son más proclives a implicarse o participar de conductas que comportan riesgos claros para la salud (comportamientos que conducen a lesiones por accidentes, violencia, consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales, etc.).

Si bien la masculinidad puede parecer un factor promotor de la salud, al ofrecer un mayor acceso a un amplio abanico de recursos, lo cierto es que el desarrollo de la identidad masculina tradicional implica asumir riesgos para la salud (DOYAL, L. 2000), un condicionante del comportamiento especialmente perceptible desde la adolescencia. La socialización en el estereotipo de masculinidad significa resistencia a admitir debilidades, lo que suele asociarse con una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud y con un menor uso de los servicios sanitarios cuando estos son necesarios (CAMERON, C. & BERNARDES, D. 1998).

Por su parte el estereotipo tradicional de feminidad atribuye a las mujeres el rol de cuidadoras de las hijas e hijos y del resto de adultos de la familia, lo que se asocia a su mayor sensibilidad frente a las cuestiones relacionadas con la salud, una mayor receptividad a los mensajes destinados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, lo que explica su menor implicación en conductas de riesgo o nocivas para la salud (SÁNCHEZ. L. 2008).

- 7) Asistimos a un momento de transición en las relaciones de género. Junto al modelo tradicional de socialización diferenciada de hombres y mujeres coexiste con un nuevo modelo de identidades y roles femenino y masculino más igualitario, mayoritario en los sectores de población más jóvenes, que está afectando de manera distintas a la salud de hombres y mujeres.

La coexistencia en el tiempo de ambos modelos de socialización de género provoca un conflicto entre los ideales de feminidad y masculinidad y la puesta en práctica de estas identidades, incrementando la vulnerabilidad de las mujeres. Muchas mujeres para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino asumen conductas de riesgo, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta hace poco eran características del rol masculino (VELASCO, S. 2006). No obstante, la superación del modelo tradicional de socialización facilita la introducción de cambios que favorecen la protección de la salud. En el caso de las mujeres consiguiendo autonomía, independencia, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado y el servicio de los demás (MSC, 2007).

Por su parte, el nuevo modelo de masculinidad posibilita cambios que facilitan la desvinculación de los hombres de ciertas conductas que implican riesgos para la salud y un interés creciente por el cuidado de la salud.

- 8) Las representaciones sociales de género afectan el estado de salud. El género influye en la “búsqueda de la salud” y en el acceso al cuidado de la salud (SILIQUNI, R. et al, 2009), así como en los beneficios derivados del desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales.

La investigación acredita que las mujeres reciben menos los beneficios de los programas de prevención primaria y secundaria debido a su menor nivel educativo general y la consiguiente menor capacidad para entender las sugerencias transmitidas por estos programas (TOWNSEND, P. et al., 1992), así como a su menor disponibilidad de tiempo para acceder a la información transmitida por los medios de comunicación en relación con la salud (BIRD, CE. & RIEKER, PP. 1999; SAYER, GP. & BRITT, H. 1996).

- 9) Las mujeres sufren más las desigualdades sociales que los hombres, estando acreditado que en todas las sociedades, incluidas las que tienen servicios de salud públicos y universales, las clases bajas sufren más problemas de salud (MARMOT, MG. 2003).

Recomendaciones en materia de salud a la luz de la evidencia

- A fin de maximizar el uso eficiente de los recursos, las estrategias de promoción de la salud deben basarse en una evaluación del tamaño, la naturaleza y las causas fundamentales de las desigualdades de género en salud (ÖSTLIN, P. et al., 2006).
- Los proyectos de investigación deben incorporar de forma sistemática la recopilación, el análisis y la presentación de datos desglosados por sexo, edad, nivel socioeconómico y educativo, debiendo prestar atención a la posibilidad de que los datos pueden reflejar sesgos sistemáticos de género debido al uso de metodologías inadecuadas que no logran captar las diferentes realidades de los hombres y las mujeres (ÖSTLIN, P. et al.; 2004).
- Es deseable la promoción de la investigación con enfoque de género para informar del desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas de promoción de la salud.
- Las mujeres y los hombres están expuestos a diferentes factores de riesgo y a distintos grados de influencia de estos factores debido a las diferencias en los roles de género y las condiciones de vida y trabajo. En consecuencia, es fundamental reconocer, estimar y controlar estas diferencias en el diseño de las intervenciones, los programas y las estrategias de prevención, promoción de la salud y reducción del riesgo en toda la población (ÖSTLIN, P. et al., 2006).

- ▶ Muchos determinantes de las desigualdades de género en salud pueden ser influenciados por las medidas que promueven la salud y las estrategias de reducción de riesgos que van desde lo micro al nivel de las políticas macro-públicas. Por tanto, es necesario impulsar estrategias ascendentes sostenibles que aborden los obstáculos económicos, sociales y culturales que impiden a las mujeres alcanzar su potencial, puesto que estas estrategias son mucho más propensas a provocar cambios sostenibles (KELEHER, H. 2004).
- ▶ Las intervenciones más efectivas en el campo de la promoción de la salud son las que están basadas en un enfoque de empoderamiento de las mujeres, consecuentemente, las intervenciones para la promoción de la salud con perspectiva de género deben centrarse, principalmente, en el fortalecimiento de las mujeres y en la capacidad de las niñas para responder mejor a los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico y social (SEN, G. & BATLIWALA, S. 2000).

6

GÉNERO Y PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS

El tipo de sustancias consumidas, su frecuencia y los espacios y formas de uso están fuertemente condicionados por el género. El modelo tradicional de roles de género hizo que durante décadas el consumo de drogas fuera considerado una conducta exclusivamente masculina, lo que sirvió de “protección” para que las mujeres tuvieran un contacto muy limitado con estas sustancias. Sin embargo, la incorporación de las mujeres a distintos ámbitos de la vida social forzó un cambio hacia unas relaciones de género más igualitarias, que propició que las mujeres asumieran comportamientos hasta no hace mucho considerados como propios de los hombres. Este nuevo modelo de roles de género ha provocado un importante incremento de los consumos de drogas por parte de las mujeres en las últimas décadas, que paradójicamente ha sido presentado como una conquista social de las mujeres y una expresión de su independencia y autonomía personal, pese a ser uno de los principales determinantes de la enfermedad y la salud de las mujeres (SÁNCHEZ, L. 2009).

Estos cambios en los roles de género están condicionados de forma muy intensa por el denominado “factor generacional”, siendo en general más visibles entre las personas más jóvenes. Este factor generacional resulta determinante para explicar la evolución de los consumos de drogas en las últimas décadas, puesto que la incorporación de las mujeres jóvenes a los nuevos hábitos de consumo tarda décadas en alcanzar su plena visibilidad.

La masiva incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de tabaco y alcohol sirve para ilustrar los cambios registrados en los patrones de consumo de drogas, con la práctica desaparición de las diferencias entre chicas y chicos. En lo que se refiere a las drogas ilícitas, aunque los hombres siguen siendo más proclives a utilizarlas que las mujeres, existen signos que alertan de una reducción de la brecha de género en los consumos entre la población adolescente (EMCDDA, 2005). Las sucesivas encuestas realizadas desde 1995 en el marco del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD) muestran que el estrechamiento de la brecha de género entre los adolescentes se debe a que el uso de drogas entre las chicas ha aumentado de forma más intensa que entre los chicos. No obstante, dicha tendencia es aplicable fundamentalmente a los consumos experimentales o menos regulares, observándose como a medida que aumenta la frecuencia de uso de las sustancias se acentúan las diferencias en las prevalencias de uso entre las chicas y los chicos.

Las encuestas e investigaciones de tipo epidemiológico realizadas en la Unión Europea y otros países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Australia, etc.) confirman la existencia de una serie de procesos de gran relevancia desde la perspectiva de género relacionados con los consumos de drogas, entre los que destacan (BABOR, T. et al., 2010; SÁNCHEZ, L. 2012):

- a) Las grandes diferencias en los patrones de uso de drogas de hombres y mujeres se han reducido considerablemente en los últimos años. No obstante, persisten las diferencias de género y su tamaño varía según la etapa de la vida y la sustancia (KULIS, S. et al., 2008).
- b) Las diferencias de género están supeditadas a la edad de los sujetos, de modo que en las edades más jóvenes las diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis son mínimas.
- c) El consumo de las distintas drogas ha crecido en las últimas décadas de forma muy intensa entre las mujeres, en especial entre las más jóvenes.
- d) A pesar de esta expansión, entre la población adulta existen grandes diferencias en los hábitos de consumo que mantienen hombres y mujeres, observándose todavía una importante brecha de género, en especial en lo relativo al consumo de drogas ilícitas (donde el porcentaje de hombres consumidores de estas sustancias duplica al de mujeres) y el uso problemático de drogas (mucho más elevado entre los varones).
- e) Entre la población adolescente la prevalencia del uso de drogas ilegales es más elevada entre los chicos que entre las chicas, si bien estas diferencias no son tan importantes como en el caso de los adultos, en particular en el caso del cannabis.
- f) Por su parte las chicas consumen tabaco y alcohol en porcentajes ligeramente superiores a los de los chicos, sin que se observen diferencias significativas en la edad de inicio al consumo de estas sustancias.
- g) Los chicos jóvenes consumen alcohol de forma más frecuente e ingieren un mayor volumen de bebida que las chicas.
- h) Aunque el consumo excesivo de alcohol sigue siendo más común entre los hombres jóvenes, el número de mujeres jóvenes que beben en exceso ha crecido de forma alarmantemente (JOHNSTON, L.D. et al., 2002, 2006).
- i) El uso problemático de drogas registra una mayor frecuencia entre los hombres. No obstante, estas diferencias pueden estar condicionadas por el factor generacional, siendo previsible una reducción en la razón hombre/mujer en el uso problemático de drogas cuando haya transcurrido un tiempo suficiente para que algunas mujeres usuarias infrecuentes/ocasionales de drogas progresen hacia el uso problemático.
- j) La investigación ha demostrado que aunque las niñas generalmente se inician al consumo de drogas algo más tarde que los niños, progresan más rápido a la adicción cuando se utilizan cantidades similares de sustancias (KAUFFMAN, SE. et al., 1997; NATIONAL CENTER ON ADDICTION SUBSTANCE ABUSE, 2003).

Los datos aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2011 (OED, 2013), realizada entre la población española de 15 a 64 años, confirman estas tendencias en los patrones de uso de drogas en función del género.

Principales resultados Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2011

- Los hombres mantienen prevalencias de uso más elevadas que las mujeres para todas las sustancias, excepto en el caso de los tranquilizantes y los somníferos, si bien la brecha de género se ha reducido en las dos últimas décadas.
- Los hombres consumen mayores cantidades y con una mayor frecuencia que las mujeres. Las mujeres mantienen en general un patrón de consumo menos intenso que los hombres, reduciéndose progresivamente la prevalencia de uso entre las mismas a medida que los consumos son más frecuentes.
- En general los patrones de consumo de las mujeres son menos lesivos que los hombres. En el caso del tabaco la presencia de grandes fumadores (consumo de 20 o más cigarrillos diarios) es sensiblemente más reducida entre las mujeres (27,4%) que entre los hombres (39,0%). Además, las mujeres consumen una media de 12,4 cigarrillos diarios, frente a los 15,0 de los hombres.
- Los episodios de consumo abusivo o intensivo de alcohol alcanzan frecuencias muy superiores entre los hombres. La prevalencia de las intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses entre los hombres (26,6%) casi duplica a la de las mujeres (13,6%) y otro tanto ocurre con la participación en sesiones de consumo intensivo en los últimos 30 días (ingesta de 5 o más consumiciones en una única sesión en los hombres y de 4 o más consumiciones entre las mujeres), que entre los varones (20,2%) duplica a las mujeres (9,3%).
- Entre las personas de 15 a 34 años las diferencias de género se reducen de forma notable.

Por su parte los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12 (MSSI, 2013), realizada entre la población 15 y más años aporta datos que permiten conocer la influencia de ciertas variables estrechamente relacionadas con el género (edad, nivel educativo y clase social) sobre los patrones de consumo de alcohol y tabaco de hombres y mujeres.

Principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012

- Los hombres fuman más que las mujeres, situándose el porcentaje de fumadores diarios en el 27,9% para los hombres y en el 20,2% para las mujeres. En los grupos de menor edad estas diferencias son muy reducidas. Entre los jóvenes entre 15 y 24 años el porcentaje de fumadores diarios es del 22,5% para los hombres y del 21,0% para las mujeres (Figura 2).
- En el período 1993 a 2012 se redujo de forma considerable el porcentaje de población que fuma diariamente, debido al intenso retroceso observado entre los varones (del 44,0% al 27,9%), mientras que entre las mujeres se mantuvo prácticamente inalterable (del 20,3% al 20,2%).
- Tanto en hombres como en mujeres, entre las clases sociales más altas se registran los menores porcentajes de personas que fuman diariamente.
- Las mujeres que se encuentran en situación de desempleo (33,1%) o trabajando (27,0%) registran prevalencias de consumo diario de tabaco sensiblemente superiores a la media (20,2%).
- El nivel educativo tiene un claro impacto en el tabaquismo femenino. Las mujeres con menor nivel educativo, que se corresponden con las generaciones de mayor edad educadas mayoritariamente en un modelo tradicional de roles, y con estudios universitarios son las que registran, por motivos diferentes, las menores prevalencias de fumadoras diarias.
- La edad media de inicio al consumo de tabaco es superior entre las mujeres (17,9 años frente a los 16,7 de los hombres). No obstante, en el grupo de 15 a 24 años apenas si existen diferencias (15,4 años los chicos y 15,6 años las chicas).
- El porcentaje de quienes fuman diariamente y expresan su intención de dejar de hacerlo es ligeramente superior entre los hombres (35,3% frente al 34,8% de mujeres).
- El consumo de alcohol en el último año es claramente superior entre los hombres (del 77,5% frente al 54,3% de las mujeres), si bien este diferencial se reduce sensiblemente en los grupos de edad más jóvenes.

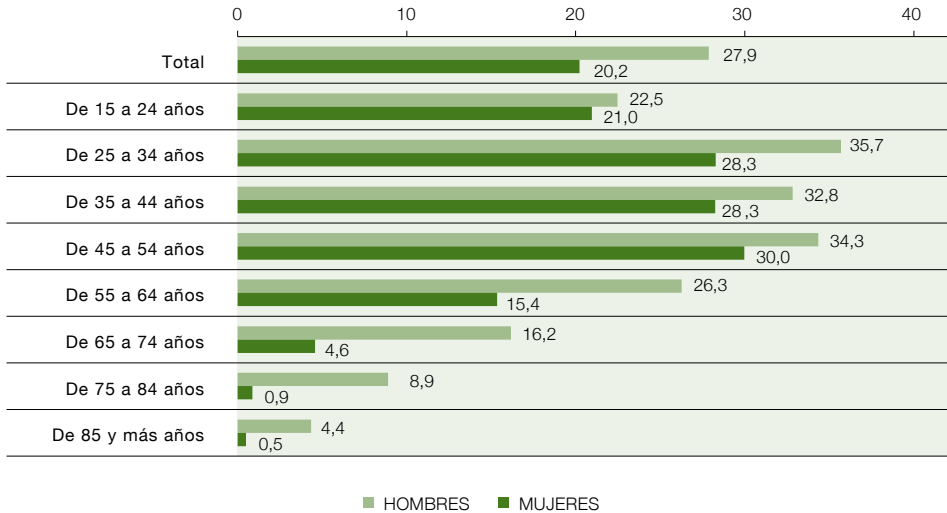
➤ Las mujeres que beben lo hacen con menor frecuencia que los hombres, siendo el porcentaje de bebedores diarios del 21,2% en los hombres y del 6,7% en las mujeres. La razón hombre/mujer está por encima de 3 puntos en todos los grupos de edad.

➤ La edad media de inicio en el consumo regular de bebidas alcohólicas, entre quienes han bebido alguna vez, es de 17,1 años en los hombres y de 18,8 años en las mujeres. En el grupo de 15 a 24 años estas diferencias desaparecen (16,0 años en chicos y 16,1 en chicas).

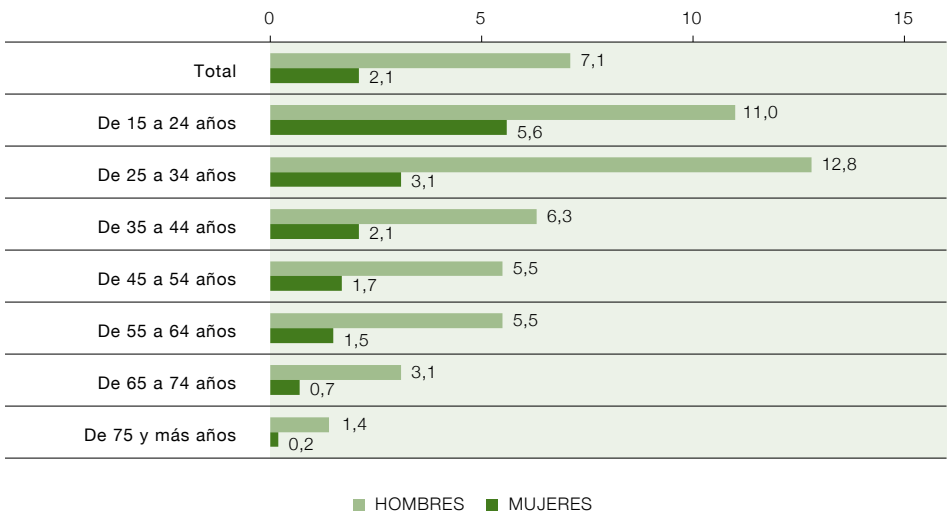
➤ El porcentaje de la población adulta con consumos medios de alcohol que supongan un riesgo para su salud es superior entre los hombres (2,0% frente al 1,3% de las mujeres). No obstante este tipo de consumos se han reducido en los últimos años, en especial en el caso de los varones. El porcentaje de hombres que bebe alcohol en cantidad de riesgo es superior al de mujeres en todos los grupos de edad, salvo en el de 15-24 años, donde el 2,4% de las mujeres consumen bebidas alcohólicas por encima del umbral de riesgo frente al 1,1% de los hombres.

➤ Aumenta el consumo intensivo de alcohol de riesgo (binge drinking) en todos los grupos de edad, especialmente entre los jóvenes. Los hombres beben de manera intensiva el doble que las mujeres, con mayor frecuencia, en mayor cantidad y durante más años. La frecuencia de consumo intensivo en el último mes es el 7,1% en hombres y el 2,1% en mujeres. Entre los jóvenes de 15 a 24 años el 11% de los chicos y el 5,6% de las chicas han tenido algún episodio de consumo intensivo en el último mes (Figura 3).

➤ Las diferencias de género en la prevalencia de bebedores están relacionadas con los gradientes educativos y ocupacionales. La prevalencia de consumo es mayor en las clases altas, sobre todo en mujeres. El 71,7% de las mujeres universitarias había bebido alcohol en el último año, frente al 27,9% de las mujeres sin estudios, y la diferencia se da en todos los grupos de edad. No obstante, el consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud es más frecuente en hombres y en las clases más desfavorecidas.

Figura 2. Consumo diario de tabaco, según sexo y edad

FUENTE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 3. Consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses, según sexo y edad (*)

(*) Se considera consumidor intensivo de alcohol a los hombres que consumen en el intervalo de 4-6 horas más de 6 unidades de bebida estándar (60 g de alcohol puro) y a las mujeres que consume más de 5 unidades de bebida estándar (50 g de alcohol puro).

FUENTE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los resultados de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2012/2013 (DGPNSD, 2014), realizada entre estudiantes de 14 a 18 años, confirman la superación entre la población adolescente de la brecha de género observada entre la población adulta en el caso de las sustancias de uso legal y su reducción en lo relativo a las drogas ilícitas.

Principales resultados de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, España 2012/2013.

- El consumo de las drogas legales como el tabaco, el alcohol y los hiposedantes está más extendido entre las chicas. La prevalencia de los consumos en los últimos 12 meses de estas sustancias se situaba en el 80,9%, 33,1% y 8,4% para los chicos y en el 82,9%, el 33,5% y el 14,9% para las chicas.
- La prevalencia de los consumos experimentales de drogas ilícitas es siempre superior entre los chicos, si bien en el caso del cannabis las diferencias son reducidas (29,7% entre los chicos y 23,3% entre las chicas).
- El porcentaje de consumidores diarios de cannabis es claramente superior entre los chicos (3,8% frente al 1,5% de las chicas).
- Los episodios de consumo abusivo de alcohol están bastante generalizados entre las chicas: el 61,5% se ha emborrachado alguna vez en su vida, el 52,3% lo hizo en los últimos 12 meses y el 30,3% en los últimos 30 días, situándose en los dos primeros indicadores por encima de los chicos, quienes registran unas prevalencias del 59,9%, 51,7% y 31,3%, respectivamente.
- En el grupo de 14 a 16 años las prevalencias de las intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses son superiores entre las chicas (con valores del 23,1%, 35,5% y 52,6%, respectivamente, frente al 29,2%, 44,6% y 54,1% de los chicos).
- Un patrón similar al de las borracheras se observa en la participación en sesiones de consumo intensivo de alcohol en el último mes, si bien en este caso las prevalencias sólo son superiores entre las chicas de 14 y 15 años (el 22,1% de las chicas de 14 años y el 32,6% de las de 15 participaron en “binge drinking”, frente al 18,4% y el 28,2% de los chicos de esas edades).
- El porcentaje de chicas que realizaron “botellón” en el último año (62,7%) es ligeramente superior al de chicos (61,3%).
- El porcentaje de adolescentes que fuman diariamente es superior entre las chicas (13,1% frente al 12,0% de los chicos), si bien el número de cigarrillos consumidos por estas es ligeramente inferior (6 cigarrillos/día) el de los chicos (6,4 cigarrillos).

- La tendencia observada en el período 1994-2012 muestra que la reducción en el porcentaje de fumadores diarios es más intensa entre las chicas, lo que explica la reducción de la brecha de género.
- Los chicos se inician al consumo de las distintas drogas en edades ligeramente más tempranas que las chicas, salvo en el caso del alcohol y el tabaco, donde no se observan diferencias.

Por su parte, los resultados de la encuesta ESPAD 2011 (HIBEL, B. et al., 2012; OEDT, 2012), realizada entre estudiantes de 15 a 16 años de 36 países europeos, pone de relieve la existencia de unos patrones de consumo de drogas en función del género similares a los descritos a nivel nacional.

Principales resultados de la Encuesta ESPAD 2011 (Proyecto Europeo de Encuestas sobre el Alcohol y otras Drogas), en clave de género.

- Las diferencias de género son poco significativas para el consumo de tabaco en los últimos 30 días.
- La prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días son similares en chicas y chicos, no obstante las frecuencias de consumo más altas en estos intervalos de tiempo son superiores en el caso de los chicos.
- Los varones bebieron, en el último día que tomaron alcohol, como promedio un tercio más que las chicas.
- La participación en sesiones de consumo intensivo de alcohol (consumo de 5 o más bebidas en una misma ocasión en los últimos 30 días) creció en el período 1995-2011 en ambos sexos, si bien lo hizo de forma mucho más muy intensa entre las chicas (del 29% al 38%) que entre los chicos (del 41% al 43%), reduciéndose de modo notable las diferencias en este indicador de consumo abusivo de alcohol.
- Como promedio, el 21 % de los chicos y el 15 % de las chicas han probado drogas ilegales al menos una vez en su vida, manteniéndose la brecha de género observada en las encuestas precedentes.

- La mayoría de estudiantes que han consumido drogas ilegales consumieron cannabis. Más chicos (19%) que chicas (14%) admiten haberlo consumido alguna vez y lo mismo ocurre en los indicadores consumo en los últimos 12 meses (15 % entre los chicos y 11 % entre las chicas) y en los últimos 30 días (8 % chicos y 5 % chicas).
- Como promedio, más chicos que chicas han probado drogas ilegales distintas del cannabis: en concreto el 7 % frente al 5 %.
- El consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica alguna vez en la vida es, como media, superior en el caso de las chicas (8 % frente al 5 % de los chicos).
- La evolución global de las variables incluidas en la encuesta ESPAD en el período 1995-2011 permite concluir que las diferencias de género, caracterizadas por la mayor prevalencia de los consumos entre los chicos respecto a las chicas (con la única excepción del consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica), han desaparecido en lo relativo al consumo de tabaco y alcohol en los últimos 30 días, así como en el consumo de inhalantes alguna vez en la vida. Asimismo, se observa una reducción destacable de las diferencias entre los dos sexos en lo que se refiere al consumo intensivo ocasional de alcohol (participación en sesiones de consumo intensivo) en los últimos 30 días.

PUNTO CLAVE

El impacto del género en los consumos de drogas está condicionado por el factor generacional. Entre la población joven, educada mayoritariamente en un modelo de roles basado en la igualdad entre hombres y mujeres, se produce una progresiva equiparación de los hábitos de consumo entre chicas y chicos. Por su parte, entre la población adulta, que reproduce en su mayoría el modelo tradicional de roles que vincula a las mujeres con el cuidado del hogar y los hijos y que restringe su presencia social, se mantiene una importante brecha de género (SÁNCHEZ, L. 2009).

A continuación se describen los resultados de la investigación referidos a las diferencias de género en los patrones de consumo de las distintas de drogas.

6.1. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

La investigación ha demostrado consistentemente la existencia de diferencias significativas en los patrones de consumo de alcohol de hombres y mujeres, siendo más probable que los hombres

sean bebedores y las mujeres abstemias y que los hombres consuman cantidades significativamente mayores que las mujeres (HOLMILA, M. & RAITASALO, K. 2005). De hecho, la prevalencia de hombres que beben en exceso a menudo (que se han emborrachado o participado en sesiones de consumo intensivo) es mucho mayor que en el caso de las mujeres (WHO, 2004a, WILSNACK, RW. et al., 2005).

La edad y el momento del ciclo de la vida en que se encuentran las personas condicionan de manera importante el tipo de relación mantenida con las bebidas alcohólicas. Diversas investigaciones confirman que las personas tienden a beber menos de forma excesiva o a volverse abstemias a medida que envejecen. Estudios longitudinales demuestran que las personas de edad mediana y mayores tienen más probabilidades de reducir sus hábitos de consumo o volverse abstemios que los jóvenes, y muchas menos probabilidades que los jóvenes de aumentar su consumo o de empezar a beber en exceso (FILLMORE, KM. et al., 1991; HAJEMA, K.J. et al., 1997; MULDER, M. et al., 1998).

Entre los escolares europeos de 15 a 16 años, las experiencias de consumo excesivo de alcohol en el último mes (beber cinco o más tragos en una sola sesión) son en general mayores en los chicos que entre las chicas, si bien en algunos países la prevalencia es similar (EMCDDA, 2006a). Los estudios realizados por el Substance Abuse and Mental Health Services Administration de los Estados Unidos (SAMHSA, 2008) confirman que los adolescentes de ambos sexos registran tasas muy similares de consumo de alcohol y lo mismo ocurre con los indicadores de consumo excesivo, tales como el número de borracheras. No obstante, a medida que los jóvenes entran en la edad adulta, los chicos registran cada vez un mayor riesgo de consumo problemático y de trastornos asociados al alcohol (YOUNG, SE. et al., 2002).

Un estudio realizado en Estados Unidos (KEYES, KM. et al, 2008) confirmó que la cohorte de nacimiento y el género interactúan de manera significativa en la predicción del consumo de bebidas alcohólicas destiladas, la frecuencia en la participación en sesiones de consumo intensivo, el abuso de alcohol y la dependencia del alcohol. El estudio destaca el hallazgo de que las borracheras frecuentes disminuyeron entre los hombres en la cohorte más joven, mientras que aumentaron en las mujeres de las cohortes más jóvenes. Estos resultados sugieren que las diferencias de género en la prevalencia de los cuatro indicadores mencionados están disminuyendo en los grupos de edad más jóvenes.

Se barajan distintas explicaciones a la reducción de las diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos por consumo de alcohol. Una primera hipótesis se basa en la existencia de un efecto de cohorte, que alude a la convergencia en los hábitos de consumos y del riesgo de trastornos asociados al alcohol entre las mujeres y los hombres en las cohortes de edades más jóvenes. Sin embargo, y a pesar de las disminuciones en las diferencias de género en estas cohortes, la prevalencia de los trastornos por el alcohol sigue siendo superior en los hombres en todas las edades. Si bien las diferencias biológicas pueden explicar una parte de la brecha de género, las mismas no deberían estar condicionadas por la cohorte de nacimiento, circunstancia que lleva a que la reducción en las diferencias de género en los hábitos de consumo y los trastornos de abuso y/o dependencia al alcohol entre los grupos de edad más jóvenes deba ser explicada en base a factores socio-ambientales (NIAAA, 2004).

Una línea de la investigación dirigida a explicar el incremento del consumo de alcohol y de los problemas asociados entre las mujeres se ha centrado en la influencia ejercida por su creciente presencia en el mercado laboral y el estrés derivado de compatibilizar el trabajo fuera del hogar y las responsabilidades familiares (FILLMORE, KM. 1984; JOHNSON RA. & GERSTEIN, DR. 1998). Sin embargo, otros estudios indican que las mujeres con múltiples roles tenían un menor riesgo de padecer trastornos relacionados con el alcohol (LAROSA, JH. 1990; WILSNACK, SC. WILSNACK, RW. 1991).

Otros estudios han barajado como explicación alternativa el hecho de que la creciente presencia de mujeres en el mercado laboral y el sistema educativo ha propiciado un efecto de imitación por parte de las mujeres de los comportamientos de los hombres presentes en estos espacios, así como de la socialización de los roles tradicionalmente masculinos que contribuyen a la reducir las restricciones contra la bebida inicialmente mostradas por las mujeres (HOLMILA, M. & RAITASALO, K. 2005; RICHMAN, JA. & ROSPENDA, KM. 1992).

Una de las líneas de investigación más importantes para explicar la reducción de la brecha de género se ha centrado en los cambios registrados en las normas sociales basadas en el género respecto a la conducta de beber y la embriaguez, en particular las relativas a la aceptabilidad de que las mujeres consuman alcohol en espacios públicos (GREENFIELD, TK. & ROOM, R. 1997). Esto implica la disminución en la percepción negativa asociada con el consumo de alcohol por parte de las mujeres, lo que daría lugar a mayores oportunidades para que experimenten problemas con el alcohol. Por su parte, algunas investigaciones destacan el hecho de que la importante exposición de las mujeres a la publicidad del alcohol puede haber aumentado la aceptabilidad social del consumo de alcohol por parte de las mismas en las generaciones más jóvenes (JERNIGAN, DH. et al., 2004).

Tradicionalmente las mujeres han mostrado una mayor adhesión/aceptación que los hombres a las normas de comportamiento "moral" dominantes, entre las que se incluían las referidas al consumo de alcohol. Las mujeres que se mantenían abstinentes o que bebían muy poco se ajustaban a las normas sociales reguladoras de la moral, mientras que los hombres, menos obligados por estas normas, eran más propensos a beber y desarrollar problemas crónicos de alcohol. A medida que estas normas cambian, la necesidad de adherirse a esas normas morales se redujo de forma más intensa entre las mujeres, afectando no sólo a sus hábitos de bebida, sino también a sus auto-informes de consumo de alcohol (NIAAA, 2004).

Las expectativas normativas relativas al consumo de alcohol varían según las cohortes de edad. En la mayoría de las sociedades las tasas de abstinencia aumentan en las etapas más avanzadas de la vida, tanto en hombres como en mujeres (DEMERS, A. et al., 2001; TAYLOR, B. et al., 2007). Este fenómeno refleja la existencia de normas sociales diferenciadas según la edad, que establecen que no resulta aceptable que las personas mayores abusen del alcohol, mientras que consideran esta conducta más o menos aceptable entre los jóvenes. Unas pautas culturales sobre el rechazo/aceptación del consumo de alcohol entre las personas mayores que podrían cambiar en el futuro, en especial cuando las actuales cohortes de edades jóvenes e intermedias envejezcan progresivamente (OPS, 2010).

PUNTOS CLAVES

La investigación ha acreditado de forma reiterada que los hombres adultos consumen más alcohol y tienen más problemas relacionados con el alcohol que las mujeres (SAMHSA, 2008). Sin embargo, estas diferencias en las prevalencias del consumo de alcohol en los adultos no se observan en los adolescentes. De hecho, los chicos y chicas sólo comienzan a divergir en las tasas de consumo alrededor de los 18 años, donde comienzan a surgir patrones específicos de género (YOUNG, SE. et al., 2002).

Por ello, los períodos de desarrollo de la adolescencia tardía hasta la edad adulta temprana son claves para comprender por qué más hombres adultos desarrollan problemas con el alcohol que mujeres. En la actualidad, no existe un modelo teórico que explique los factores de riesgo y de protección que inciden en este cambio de patrones de consumo relativamente similares en la juventud, a la considerable diferencia en el consumo de alcohol y los problemas relacionados que surgen a finales de la adolescencia y persiste hasta la edad adulta (SCHULTE, MT. et al., 2009).

6.2. PATRONES DE CONSUMO DE TABACO

A pesar de la importante expansión registrada en las últimas décadas por el tabaquismo femenino, la prevalencia de fumadores sigue siendo superior entre los hombres en todos los grupos de edades, con la única excepción de los adolescentes. Además, los hombres fuman un número de cigarrillos diarios superior al de las mujeres fumadoras.

Las características del consumo de cigarrillos varían en función del género. Las mujeres inhalan los cigarrillos menos profundamente que los hombres, son más proclives a apagarlos antes de haberlos fumado por completo, prefieren los cigarrillos light y rara vez usan cigarrillos liados a mano (SAMET, JM. & YOON, SY. 2001). También existe evidencia de que las mujeres metabolizan la nicotina de forma más rápida que los hombres, circunstancia que se ha relacionado con las mayores dificultades que tienen para abandonar el consumo de tabaco (BENOWITZ, NL. et al., 2006).

No está claro si el hecho de que las mujeres fumen menos cigarrillos por día, prefieran usar cigarrillos con menor contenido de nicotina y que no inhalen tan profundamente como los hombres se debe a diferencias en la sensibilidad a los factores de nicotina o bien a factores sociales o de otro tipo que afectan a las mujeres de manera diferente que a los hombres (NIDA, 2012).

También existen diferencias significativas en las características de dependencia a la nicotina entre hombres y mujeres y en las razones que llevan a ambos grupos a dejar de fumar. Mientras que el comportamiento de las mujeres fumadoras está más influenciado por condicionantes relacio-

nados con el estado de ánimo y el afecto negativo, el de los hombres fumadores lo está por la respuesta farmacológica asociada al consumo de nicotina (BENOWITZ, NL. 2008; SAMET, JM. & YOON, SY. 2001).

Los efectos psicoactivos placenteros o gratificantes asociados al consumo de tabaco se relacionan, básicamente, con la liberación de la dopamina asociada a la absorción de la nicotina presente en el tabaco. La exposición continuada a la nicotina provoca la aparición de tolerancia a muchos de sus efectos y reduce el efecto de refuerzo primario de la nicotina e induce la dependencia física, que se manifiesta como síntomas de abstinencia en la ausencia de la nicotina. El acto de fumar se ve influido por el efecto farmacológico de la falta de la droga, por el mecanismo de recompensa activado por el contacto con el tabaco, por factores ambientales (consumo de tabaco entre los iguales, estrés, publicidad, etc.) y por otros factores como el género, la edad, las características genéticas, la enfermedad mental y el abuso de otras drogas (LOMBARDI, EM. et al., 2011).

6.3. PATRONES DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El consumo de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos, etc.) ha sido históricamente muy superior entre las mujeres, cuyas prevalencias de uso prácticamente duplican a las de los hombres. Aunque en los últimos años se ha producido un repunte en el consumo de estas drogas entre hombres y mujeres, se mantienen las diferencias de género a favor de las mujeres en todos los grupos de edades, que alcanza sus valores máximos entre los grupos de edad más avanzados (CURRIE, J.C. 2003; NIDA, 2005).

Las diferencias de género en el consumo de psicofármacos se mantienen tanto en el caso de las sustancias prescritas como en las administradas sin receta médica (KANDALL, S.R. 1998; NIDA, 2005). Una situación similar se observa entre la población adolescente. Los resultados de la Encuesta ESPAD 2011 (HIBELL, B. et al., 2012) confirman que la prevalencia del consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica alguna vez en la vida entre los estudiantes europeos de 15 a 16 años es claramente superior entre las chicas (del 8% frente al 5%).

Un Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ALONSO, J. et al., 2004) constató que el 8,2% de los varones y el 16% de las mujeres tomaron al menos un medicamento psicotrópico en los últimos 12 meses y que, en ambos sexos, su consumo aumenta en paralelo con la edad. Existen varias posibles explicaciones a este fenómeno, compatibles entre sí. El mayor uso de estas sustancias podría reflejar la mayor tasa de prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las mujeres, en particular en lo referido a los trastornos depresivos y de ansiedad, sin bien varios estudios (HOHMANN, AA. 1989; WEYERER, S. & DILLING, H. 1991) señalan que este mayor uso es independiente de la morbilidad psiquiátrica. La mayor prevalencia de uso de psicofármacos entre las mujeres se ha asociado también a las diferencias socioculturales entre hombres y las mujeres, que provocan que en la mayoría de las culturas las mujeres manifiesten con mayor frecuencia padecer síntomas psicológicos y busquen también con más frecuencia ayuda profesional.

Algunos estudios (SIMONI-WASTILA, L. et al., 1998) destacan que la probabilidad de recibir cualquier psicofármaco en las visitas a la consulta médica es un 55% mayor en el caso de las mujeres que en los hombres, manteniendo constantes el resto de variables (tipo de sintomatología, etc.).

Una singularidad en el patrón de consumo de psicofármacos en función del género es la mayor tendencia observada entre las mujeres a simultanear el consumo de psicofármacos y de alcohol. Este patrón es también perceptible entre los adolescentes, como lo acredita el hecho de que el consumo de tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica y de alcohol sea más prevalente entre las chicas europeas (HIBELL, B. et al., 2012).

Características de género ligadas al consumo de psicofármacos

- Son sustancias legales, prescritas habitualmente por un médico.
- Su consumo no implica ningún tipo de reto o desafío de las normas sociales dominantes, puesto que cuenta con el aval del sistema sanitario y del sistema legal.
- Su consumo se asocia a la presencia de problemas de salud mental, apareciendo como una respuesta convencional para el tratamiento de ciertas enfermedades o reacciones emocionales adversas.
- El autocuidado de la salud mediante el recurso a los fármacos encaja a la perfección con el rol tradicional femenino como “cuidadoras”.
- Su consumo tienen carácter privado, teniendo lugar dentro del hogar y alejado de la mirada de otras personas.
- Su uso no es percibido como una conducta de riesgo, puesto que cuenta con el doble aval del propio sistema sanitario y del sistema legal.
- Su uso es compatible con el normal desempeño de las actividades propias del rol femenino.

PUNTO CLAVE

El consumo de psicofármacos no cuestiona el rol tradicional femenino y, en consecuencia, no es objeto del reproche social como ocurre con otras drogas. Ello explica, en cierta medida, su mayor prevalencia de uso entre las mujeres.

6.4. PATRONES DE CONSUMO DE CANNABIS

La prevalencia de consumo de cannabis entre la población adulta es claramente superior entre los varones. Este predominio masculino se incrementa a medida que se reduce el tiempo de observación (alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes). Así pues, en el caso del cannabis se mantiene un patrón similar al del resto de las drogas, consistente en el incremento de la brecha de género a medida que aumenta la frecuencia de uso de las sustancias.

La situación es distinta en el caso de los adolescentes, donde prácticamente no existen diferencias de género en lo relativo a la experimentación con el cannabis. Estas diferencias comienzan a ser mucho más marcadas en el caso del consumo frecuente de cannabis, donde las prevalencias de uso pueden ser hasta dos o tres veces superiores entre los chicos, según los países (EMCDDA, 2006b).

El cannabis es la única droga ilegal cuyo consumo se ha incrementado de forma drástica en los últimos años entre las mujeres adolescentes y jóvenes, en lo que podría constituir una tendencia a la reducción de la brecha de género, hasta ahora sólo perceptible en el caso del alcohol y el tabaco. Esta situación está sin duda relacionada con el estatus social del cannabis. A pesar de tratarse de una sustancia de comercio ilegal, su consumo está ampliamente normalizado y aceptado entre los adolescentes y los jóvenes, que en general atribuyen a su consumo ocasional un bajo nivel de riesgo, incluso inferior al del tabaco. Unas actitudes y percepciones hacia la sustancia que hacen que su consumo por parte de las mujeres no provoque el rechazo social y la estigmatización que caracterizan a otras drogas ilícitas.

6.5. PATRONES DE CONSUMO OTRAS DROGAS ILÍCITAS

Una constante en el consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis (cocaína, éxtasis, opiáceos, etc.) es el mantenimiento de una importante brecha de género, tanto entre la población adulta como entre los adolescentes y los jóvenes. Las diferencias en las prevalencias de uso entre hombres y mujeres se incrementan a medida que los consumos se hacen más regulares o problemáticos.

Esta situación se explica en base a la convergencia de un doble fenómeno:

- La existencia de un mayor riesgo percibido asociado al uso de estas sustancias entre las mujeres, lo que les hace más reacias a experimentar con las mismas o a mantener un consumo regular.
- La estigmatización o rechazo social que todavía existe respecto al consumo de drogas ilícitas por parte de las mujeres, lo que propicia su menor implicación en este tipo de conductas.

Un elemento diferencial en la influencia que el género introduce en los patrones de uso de estas sustancias es que muchas mujeres se inician a su consumo a partir de relaciones afectivas mante-

nidas con varones consumidores. Así pues, el consumo de drogas ilícitas por parte de las mujeres responde a motivaciones distintas a las identificadas para las drogas de uso legal y el cannabis (imitación de comportamientos masculinos, expresión de la libertad y autonomía femeninas, mayor presencia en espacios públicos donde existe oferta y consumo de las sustancias, etc.).

PUNTO CLAVE

Los cambios registrados en los roles e identidades de género y el progresivo envejecimiento de las cohortes de edades jóvenes contribuirán a que a medio plazo se reduzcan las diferencias de género en las prevalencias y los patrones de consumo de drogas. Uno de los principales retos que se plantea desde la óptica de las políticas para prevenir el uso de drogas es el de evitar que las mujeres jóvenes se impliquen en ciertas conductas de riesgo, hasta ahora casi exclusivas de los varones.

7

GÉNERO Y ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los resultados de la investigación confirman la existencia de una intensa asociación entre las actitudes hacia las sustancias y los niveles de uso de las mismas, de modo que la existencia de actitudes favorables o de aceptación de ciertas sustancias propicia la expansión de su consumo.

Son diversos los factores que modulan las actitudes y percepciones sociales ante las drogas, entre otros las normas culturales que regulan su uso, su estatus legal, el riesgo atribuido al uso de las diferentes sustancias y la extensión de su consumo. En el caso del alcohol, su importante presencia social, su estatus legal (con la consiguiente amplitud de su oferta y accesibilidad a la sustancia), la existencia de unas normas sociales y culturales proclives a su uso, el bajo riesgo atribuido a su consumo y la banalización de sus efectos y posibles riesgos favorecen la expansión de su uso. Por su parte, la generalización de su consumo favorece la aceptación social del uso de la sustancia y la reducción del riesgo asociado al mismo.

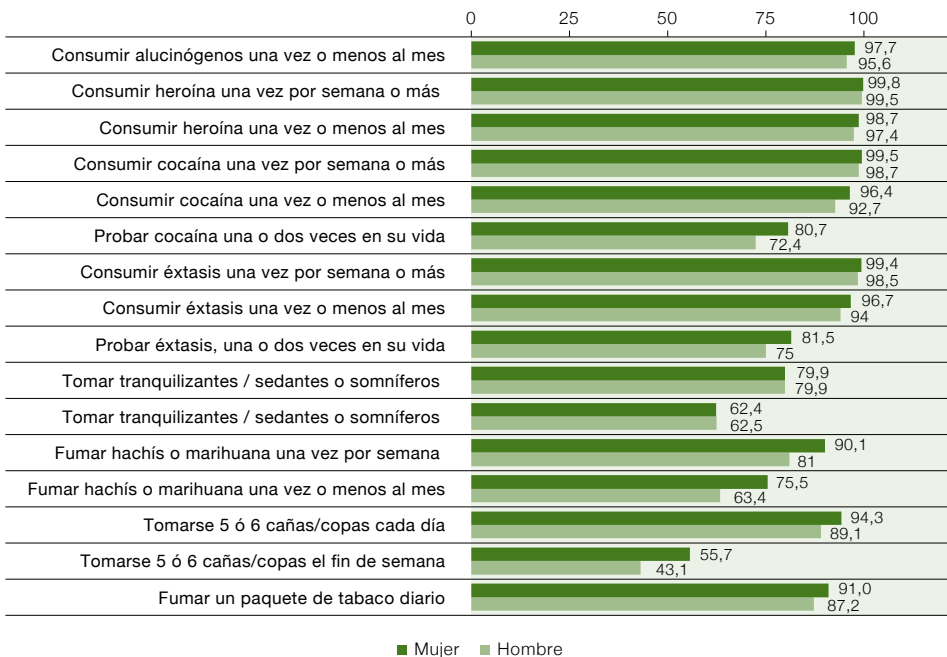
Los roles e identidades de género dominantes son también un factor relevante que condiciona de forma importante las actitudes de hombres y mujeres hacia el consumo de las diferentes drogas y hacia la salud, explicando por qué las mujeres se preocupan más y aplican más autocuidados a su salud que los hombres (ARTAZCOZ, L. BORRELL, C. 2007a) y por qué éstos son más proclives a asumir comportamientos que implican riesgos para la salud (CAMERON, C. BERNARDES, D. 1998). Estos condicionantes culturales explican el hecho de que las mujeres perciban un mayor nivel de riesgo asociado al consumo de todas las drogas, a excepción de los psicofármacos (Figura 4).

El mayor riesgo asociado al consumo de drogas por parte de las mujeres explica, en buena medida, sus menores prevalencias de uso de estas sustancias y la menor exposición a patrones de consumo de riesgo o problemáticos. Algunas investigaciones (MORAL, M.V. et al, 2011) han destacado la existencia de diferencias significativas inter-género en las actitudes de aceptación o rechazo del consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, entre el colectivo adolescente:

- a) En un contexto en el que son mayoritarias las actitudes de rechazo del consumo de sustancias psicoactivas y una alta concienciación y deseos de evitar los efectos negativos derivados del uso de los psicofármacos y las drogas ilegales, se detecta cierta permisividad y una disposición más proclive al consumo de drogas ilegales y alcohol en los varones, mientras que las adolescentes manifiestan una menor percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias legales, en particular en el caso del tabaco.
- b) Las chicas adolescentes muestran una mayor resistencia frente al consumo de drogas, mientras que los chicos presentan una disposición más favorable a experimentar con las sustancias.

- c) Las adolescentes dan muestras de una mayor sensibilización ante la problemática de las drogas y sus consecuencias y reportan un mayor respeto y sensibilidad hacia quienes consumen drogas.
- d) Las adolescentes reconocen tener una gran curiosidad y deseos de experimentar con drogas institucionalizadas, como el alcohol y el tabaco, pero menor que los varones en el caso de las drogas ilegales.
- e) Las actitudes hacia el consumo de tabaco muestran diferencias significativas respecto a las creencias sobre las consecuencias negativas derivadas del consumo. Entre las adolescentes se registra una percepción del riesgo, una mayor curiosidad por probar esta sustancia y una mayor disposición favorable a aceptar una invitación para consumirla.
- f) En el caso del consumo de alcohol se observa una tendencia permisiva similar a la del tabaco, de modo que las chicas manifiestan una distorsión de la percepción del riesgo y una mayor curiosidad ante la experimentación que los chicos.

Figura 4. Riesgo percibido por el consumo de drogas, según sexo (% de personas de 15 a 64 años que consideran que distintas conductas de consumo pueden causar bastantes o muchos problemas). España, 2011.



FUENTE: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2011.

Un reciente estudio (MENESES, C. y CHARRO, B. 2014) constata algunas diferencias de género en las percepciones que el colectivo adolescente mantiene respecto del consumo de tabaco. A pesar de que fumar es una conducta que cuenta con una gran aceptación social, algunas chicas muestran su preferencia por fumar en espacios privados, una circunstancia que se ha relacionado con la necesidad de las adolescentes de eludir el control paterno, mucho más exigente o riguroso que entre sus homólogos varones (LUCAS, K. & LLOYD, B. 1999). Asimismo, las chicas asocian el hecho de que los chicos fumen menos por la incompatibilidad que atribuyen a la conducta de fumar y la práctica de actividades deportivas, mucho más frecuente entre los chicos.

Las actitudes sociales y los roles de género no sólo condicionan el consumo de sustancias, sino que se hacen extensivas a otros ámbitos. Es conocido que las mujeres experimentan un mayor estigma social asociado al abuso de drogas y mayores barreras para acceder a los servicios asistenciales para el tratamiento de las adicciones, entre otros motivos por la mayor resistencia por parte de familiares y amigos a que den ese paso y por consecuencias más negativas en el caso de que decidan iniciar el tratamiento (ROBERTS, G. & OGBORNE, A. 1999).

8

MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN HOMBRES Y MUJERES

Existe una sólida evidencia que confirma la existencia de diferencias de género en los motivos que inducen a los adolescentes y jóvenes a consumir drogas. La investigación ha asociado de forma reiterada el inicio o experimentación de la población adolescente con drogas como el alcohol, el tabaco o los derivados del cannabis con una variada gama de motivaciones relacionadas con la curiosidad, el hedonismo, la transgresión de las normas de los adultos, la reafirmación de una identidad en construcción, la satisfacción de las necesidades de integración grupal, determinados déficits en las relaciones sociales, la diversión o la respuesta a ciertos estados emocionales.

Estas motivaciones que propician el inicio y la continuidad de los consumos de sustancias en los adolescentes de ambos sexos, tienen una distinta influencia en las chicas y los chicos. La investigación ha sugerido que los chicos tienden a iniciarse en el consumo de sustancias para aumentar la vinculación social con otros chicos que usan sustancias (NEWCOMB, M.D. et al., 1988), para mejorar su sentido del yo (LIU, X. & KAPLAN, H. 1996) y para buscar sensaciones y aliviar el aburrimiento (WILSON, J.Q. & HERRNSTEIN, R.J. 1985). En el caso de las chicas el uso de sustancias responde a otras motivaciones, de modo que los problemas emocionales o las dificultades de relación tienen más probabilidades de estimular el consumo de drogas que la aceptación y la afirmación personal, motivaciones externas más frecuentes entre los varones (LIU, X. & KAPLAN, H. 1996; ROBBINS, C. 1989).

Por otra parte, existen otras motivaciones adicionales a las mencionadas que influyen de manera singular en cada uno de estos grupos. Así, el deseo de controlar el peso emerge como una de las motivaciones para el consumo de drogas entre las mujeres. Cada vez más mujeres informan que la pérdida de peso es la razón principal para el uso de drogas legales e ilegales (BRECHT, ML. et al., 2004; GREENFIELD, SF. et al., 2007; ONDCP, 2008). Un estudio que analizó el uso de metanfetamina constató que las mujeres eran cinco veces más propensas, en comparación con los hombres, a atribuir el consumo inicial de esta droga al deseo de perder peso (BRECHT, ML. et al., 2004).

Las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse o mantener el consumo de drogas difieren en función de las sustancias:

A) Motivaciones para consumir alcohol

Las funciones de la ingesta de alcohol son diferentes en las mujeres y los hombres. Las mujeres beben para poder sostener una relación insatisfactoria, disipar la soledad, impulsar la confianza en sí mismas, sentirse más femeninas y para suavizar el doloroso impacto del maltrato o el abuso

sexual. Los hombres beben para controlar a los demás, ser agresivamente dominantes, regular sus emociones y mejorar sus logros. Podría afirmarse que, en ambos sexos, el alcohol sirve para reforzar la auto-imagen estereotipada de la feminidad o la masculinidad (LAMMERS, SS. 1997).

Investigaciones recientes señalan la existencia de diferencias de género en los motivos para consumir alcohol, como el hecho de que las mujeres suelen ser más propensas que los hombres a consumir alcohol en respuesta al estrés y las emociones negativas (GREENFIELD, SF. et al., 2010). En contraste, los hombres parecen ser más propensos que las mujeres a consumir alcohol para mejorar las emociones positivas o ajustarse a un grupo (ANNIS, HM. & GRAHAM, JM. 1995). En comparación con los hombres, las mujeres con trastornos por consumo de alcohol son significativamente más propensas a presentar trastornos psiquiátricos co-ocurrentes (CONWAY, KP. et al., 2006; GOLDSTEIN, RB. 2009).

Estudios realizados para analizar las motivaciones de la población adolescente para consumir alcohol (MORAL, M.V. et al., 2004) confirman la existencia de diferencias de género, entre las que destaca el hecho de que las adolescentes reconocen que consumen alcohol como mecanismo de evitación del displacer provocado en la esfera emocional. Por otra parte, no se hallaron diferencias entre chicos y chicas en las motivaciones relativas al esparcimiento y las prácticas de ocio, la experimentación de nuevas sensaciones, al efecto del modelado grupal o de euforización y desinhibición. También se observaron diferencias significativas en las motivaciones expresadas para no beber alcohol, de modo que mientras que los chicos se decantan por razones de índole económica (el excesivo precio de las bebidas), las chicas destacan razones vinculadas a las consecuencias negativas del consumo de alcohol (instauración de una posible dependencia, daños generales sobre la salud y el bienestar psicosocial y los problemas en la convivencia familiar).

Otras investigaciones ofrecen explicaciones alternativas a las diferencias de género en las motivaciones del colectivo adolescente para consumir alcohol, como son la mayor prevalencia de la depresión entre las chicas o el que las chicas que beben en exceso (consumen cinco o más copas seguidas varias veces en el mes) tienden más que los chicos a decir que lo hacen beben para escapar a los problemas o por frustración o enfado. Asimismo, las amistades tienen en general una gran influencia en las chicas, pero son particularmente susceptibles a la presión de los iguales cuando se trata de beber y con frecuencia son introducidas al consumo de alcohol por los novios, que pueden ser mayores y tienden más a beber más que ellas.

B) Motivaciones para consumir tabaco

Las motivaciones para fumar se asocian fundamentalmente con los efectos que perciben como beneficiosos las personas fumadoras, en especial los sentimientos de bienestar, la activación o la relajación, la mejora de la atención, la reducción de la ansiedad y la ayuda para controlar el peso y el apetito (BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, FL. 2000; BENOWITZ, NL. 1988). La investigación ha mostrado la existencia de una clara relación entre fumar cigarrillos y la depresión, la sintomatología depresiva y el afecto negativo (GLASSMAN, AH. 1993; GLASSMAN, AH. & COVEY, LS. 1996).

Las mujeres también pueden fumar para tener tiempo para sí mismas, facilitar la interacción social y como una fuente de placer y confort (HUSTON, P. 1995). La probabilidad de que las mujeres fumen es mayor si sus apoyos sociales significativos también fuman (CNATTINGIUS, S. et al., 1992).

Existe evidencia que sugiere la existencia de diferencias de género en los motivos de los adolescentes y jóvenes para fumar. Junto a motivaciones comunes a chicas y chicos, tales como la curiosidad o la integración en el grupo de iguales, las chicas son más proclives que los chicos a señalar que fumar les ayuda a mantener un peso corporal bajo y a tener una imagen corporal positiva (WOODHOUSE, K. 2004). Las chicas también informan más a menudo que el consumo de tabaco les ayuda a controlar su estado de ánimo y a sentirse bien (BARTON, J. 1998).

Algunas investigaciones destacan que, además de para adelgazar, las chicas fuman como una forma de rebelarse contra sus padres, otras autoridades, la escuela o la sociedad en general y para manejar el estrés (DINAPOLI, P. 2004; WAGNER, E. & ATKINS, J. 2000; WILSON, E. 2000), unas motivaciones que no son señaladas por los chicos.

Fumar puede ser un paso importante hacia la formación de la identidad de las niñas, especialmente en las etapas de transición, como en el paso de la enseñanza primaria a la secundaria (LLOYD, B. et al., 1998). La investigación sugiere que las mujeres jóvenes que fuman reportan mayores niveles de autoconfianza que sus homólogos varones (WOODHOUSE, K. 2004).

Entre los motivos que impulsan a las mujeres a seguir fumando se incluyen el tener cierta sensación de autonomía, como medio de autodefinición o para dar una imagen fría, sofisticada, desafiante, sexi y esbelta (BROSKY, G. 1995). El temor a engordar es de hecho uno de los factores que más contribuyen a que las mujeres sigan fumando o se impliquen menos en el abandono de los cigarrillos. Ello se debe a que el estereotipo actual de mujer ideal impone la delgadez, no sólo como requisito estético, sino como vía para alcanzar el éxito social (TUBERT, S. 2005).

Numerosos estudios muestran que las personas fumadoras mantienen bajo su peso y que su control es una motivación significativa para continuar fumando (POMERLEAU, C. et al., 1993). Un estudio en mujeres adolescentes de Londres y Ottawa concluyó que la ansiedad relacionada con el control del cuerpo, el miedo a sentirse demasiado gordas y a perder el control sobre la ingesta de comida, pueden ser factores que condicionan de forma importante el mantenimiento del consumo de tabaco entre las adolescentes, quienes a menudo creen que el tabaco les ayudará en su objetivo de control y pérdida de peso. A pesar de la gran relevancia que las mujeres atribuyen al consumo de tabaco como forma de control del peso, algunos estudios señalan que las mujeres que dejan de fumar tan sólo ganan un promedio de 1,6 kilos en un plazo de 3 años (BECOÑA, E. VÁZQUEZ, FL. 1998).

Entre las chicas más jóvenes fumar es percibido de forma más atractiva y con significados más positivos que entre los chicos de su misma edad. Ciertas circunstancias, como el desarrollo más precoz de las chicas y su relación con chicos mayores pueden afectar al significado del uso de

tabaco y alcohol. En este sentido, el hecho de que el tránsito desde el colegio al instituto se haya anticipado de forma notable, podría favorecer un contacto más temprano de las chicas con las conductas de riesgo (entre otras el consumo de alcohol y tabaco), como forma de escenificación del tránsito entre la niñez a la adolescencia o la juventud (MENESES, C. y CHARRO, B. 2014).

C) Motivaciones para consumir psicofármacos

El uso de tranquilizantes y otros psicofármacos (somniaferos, ansiolíticos, etc.) se asocia, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, con las tensiones sociales (familiares, laborales, etc.) propias de las sociedades avanzadas. En el caso de las mujeres, las principales consumidoras de estos productos, las motivaciones se relacionan con la necesidad de evitar cierta sintomatología adversa (estrés, angustia, ansiedad, tristeza o insomnio) deriva de sus responsabilidades familiares o de la necesidad de compatibilizar el trabajo dentro y fuera del hogar.

Muchas mujeres consideran estas reacciones emocionales ante ciertas circunstancias y condiciones de vida como una enfermedad, que pretende ser superada con el uso de psicofármacos, produciéndose una “medicalización del malestar” (DE LA CRUZ, M.J. et al., 2002).

D) Motivaciones para consumir drogas ilícitas

Se conoce relativamente poco de la influencia que el género introduce en las motivaciones para consumir sustancias ilícitas. No obstante, numerosos estudios indican que la iniciación al consumo de drogas ilícitas por parte de las mujeres se asocia a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como repuesta a situaciones conflictivas a nivel personal o familiar (violencia, abusos, etc.).

La pérdida de peso parece ser un motivador relevante del uso de drogas ilícitas por parte de las mujeres, en especial en el caso de los estimulantes como la metanfetamina (JOE, K.A. 1996; BRECHT, M.L. et al., 2004), la cocaína, la nicotina o el éxtasis (NIDA, 2009). Los estimulantes son idóneos para la pérdida de peso debido a que los efectos secundarios comunes de su uso incluyen aumento de la energía, estado de ánimo elevado, funcionamiento metabólico elevado, y pérdida de apetito. Además, ciertas clases de estimulantes parecen ser particularmente atractivos para las mujeres, como la metanfetamina, lo que explica la mayor propensión de las adolescentes a su uso (GONZALES, R. et al., 2008).

Algunos estudios señalan que los varones adolescentes son más propensos a usar sustancias para mejorar su estado de ánimo y la creatividad (NEWCOMB et al., 1988; SLATER, J.M. et al., 2001).

9

**FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS
AL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CLAVE DE GÉNERO**

La prevención de los consumos de drogas se orienta a influir en aquellos factores condicionantes o determinantes que predisponen o facilitan la aparición de las conductas de uso y/o abuso de distintas drogas, evitando la influencia de los denominados factores de riesgo y potenciando la de los llamados factores de protección. Los factores de riesgo se asocian a una mayor probabilidad de aparición de los consumos de drogas, a una mayor frecuencia e intensidad de los mismos, a mayores y más graves efectos adversos derivados del consumo y a una mayor probabilidad de que se instauren conductas de abuso o dependencia a las drogas y/o problemas de salud o sociales asociados a dichas conductas.

Se dispone de una amplia evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección asociados con el uso y abuso de drogas, relacionados con diversas características personales, familiares, escolares, del grupo de iguales y ambientales. Es sabido que el efecto acumulado provocado por la presencia de diversos factores de riesgo, la falta de factores de protección y las interacciones entre las situaciones de riesgo y protección es lo que determina la mayor vulnerabilidad de las personas para iniciarse al consumo de drogas y desarrollar conductas de abuso o dependencia a las mismas.

También se conoce que estos factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas pueden afectar a personas de todos los grupos sociales, ejerciendo una influencia o efecto diferente, dependiendo de variables tales como la edad, el género o la etnia (MOON, D. et al., 1999). Por ello, y con el fin de maximizar la efectividad de las intervenciones preventivas para ambos sexos, es importante preguntarse si los factores de riesgo y de protección funcionan de manera diferente para chicas y chicos.

Lamentablemente hay poca investigación empírica sobre los modelos teóricos causales que expliquen la influencia de las diferencias de género en la etiología del uso y abuso de drogas (KUMPFER, K.L., et al., 2008). El resultado de esta situación es que existe un limitado conocimiento acerca de los mecanismos a través de los cuales los distintos factores de riesgo y protección asociados con el uso y abuso de drogas ejercen su influencia en hombres y mujeres y en chicos y chicas adolescentes, así como su distinto impacto en cada uno de estos grupos. Conocer los mecanismos de funcionamiento de los factores etiológicos de género resulta esencial para adaptar los esfuerzos que actualmente se realizan en el campo de la prevención, a fin de que sean más eficaces para las chicas y los chicos.

A pesar de estas importantes carencias, existen algunas líneas de investigación que aportan datos relevantes acerca de los factores que llevan a las chicas y a los chicos adolescentes a vincularse con el uso de sustancias o a mantenerse al margen de estas conductas. A continua-

ción se describe la evidencia disponible respecto a los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas entre los hombres y las mujeres.

Los resultados de la investigación indican que parecen existir sutiles diferencias en cómo los factores de riesgo y de protección operan en los chicos y las chicas, más que factores independientes y diferentes por razón de género (SALES, E. et al., 2003). Los principales factores de mediación parecen variar en su mayoría en la fuerza de su impacto en las chicas, en comparación con los chicos (FOTHERGILL, K. et al., 2006). Así, los factores familiares, tales como el apego padres/hijos y la supervisión paterna parecen tener una mayor influencia en las chicas que en los chicos, mientras que el autocontrol o la regulación conductual y el entorno comunitario parecen tener una mayor influencia en el abuso de sustancias por parte de los chicos (KUMPFER, K.L. et al., 2003). Un estudio mostró que las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias y la vinculación con la escuela tuvieron un impacto mayor en las chicas que en los chicos como factores de protección para el uso de sustancias (SALES, E. et al., 2003).

Señalar que diversas características sociodemográficas asociadas al uso y abuso de distintas drogas, que son identificadas como factores de riesgo individuales y ambientales, proceden de investigaciones de tipo epidemiológico. Sin embargo, los mecanismos reales del riesgo subyacente a estas asociaciones son más complejos, puesto que son múltiples las variables biológicas, psicológicas o sociales que inciden sobre dichas asociaciones (SWENDSEN, J. et al., 2009). Así pues, si bien la variable sexo explica las diferencias observadas en los efectos reforzantes de ciertas sustancias y como las hormonas sexuales pueden estar implicadas en el grado de vulnerabilidad a la progresión en el uso de sustancias (BECKER, JB. & HU, M. 2008; ROTH, ME. et al., 2004), otros factores como las normas y valores sociales o los comportamientos de los pares en relación a las drogas condicionan el uso de sustancias de diferente modo según el género. De igual modo, numerosos factores de riesgo de tipo individual y ambiental pueden interactuar para determinar la expresión final de los patrones de consumo de sustancias observado en la epidemiología descriptiva (DERRINGER, J. et al., 2008).

Por este motivo, la identificación de predictores socio-demográficas del uso, abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas es tan sólo una etapa inicial para el análisis de las diferencias que el género establece en los factores de riesgo y protección, siendo necesario seguir investigando sobre los mecanismos subyacentes asociados al uso y/o abuso de drogas en hombres y mujeres.

9.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS POR PARTE DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Las investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas entre la población adolescente ponen de relieve que estos factores actúan de diferente modo en las chicas y los chicos (SCHINKE, S.P. et al., 2008), si bien se constatan muchas semejanzas en los factores de riesgo y protección que actúan en las diferentes sustancias (HAWKINS, JD. et al., 1992; KOVKKEVI, A.E. et al., 2007).

Ciertos factores protectores y de riesgo pueden tener la misma importancia para niños y niñas (por ejemplo, el apoyo social o el logro académico), pero se expresan en diferentes formas. Otros factores de riesgo tienden a ser más importantes para las chicas, como una imagen negativa de sí misma, la baja autoestima, los problemas de peso, los niveles más altos de ansiedad y depresión o el uso de drogas por parte de su pareja. Del mismo modo, ciertos factores de protección, como apoyo de los padres y la disciplina consistente o autocontrol, tienden a ser más importantes para las niñas. Las chicas pueden ser particularmente vulnerables a la influencia de sus compañeros, amigos con problemas de comportamiento, y a la desaprobación/aprobación del consumo de sustancias por los compañeros o los padres (CCSA, 2010).

La investigación pone de relieve la existencia de diferencias significativas en la influencia ejercida por los diferentes factores de riesgo y de protección en los chicos y las chicas (LÓPEZ, S. y RODRÍGUEZ-ARIAS, J.L., 2010):

- Los chicos perciben que las leyes y normas de la comunidad con respecto al consumo de drogas son más favorables, el manejo familiar (supervisión parental y existencia de reglas claras) más escaso, la actitud de los padres más favorable al consumo de sustancias y a las conductas antisociales, el fracaso académico y el escaso compromiso con la escuela son mayores, el inicio al consumo de drogas y la vinculación con conductas antisociales es más temprano, las actitudes son más favorables a la conducta antisocial, el riesgo percibido asociado al consumo es menor y las interacciones con iguales antisociales, la búsqueda de sensaciones, las recompensas por la conducta antisocial y la pertenencia a bandas son mayores. Los chicos tienen mayores oportunidades para la implicación prosocial en la comunidad.
- En el caso de las chicas el conflicto familiar, las transiciones sociales y la depresión son significativamente mayores, como también lo son sus oportunidades para la implicación prosocial en la familia, su religiosidad, la creencia en el orden moral y las habilidades sociales.

A continuación se describe cómo distintas categorías de factores de riesgo y protección ejercen una influencia diferencial sobre los consumos de drogas por parte de las chicas y chicos adolescentes:

A) Factores asociados a la personalidad

Los factores de riesgo y de protección para el consumo de sustancias se han asociado con diferentes características de la personalidad ligadas al sexo y las identidades de género (AMOS, A. et al., 1997; KULIS, S. et al., 2002, 2003; RICCIARDELLI, LA. et al., 1998). Así, las variables relacionadas con la conducta agresiva y el dominio negativo de la masculinidad se han vinculado con el abuso de alcohol entre los varones (RICCIARDELLI, LA. et al., 1998; WILLIAMS, R.J. & RICCIARDELLI, LA. 1999). Por su parte, la calidez emocional y la preocupación por los otros se han relacionado con un menor uso de alcohol entre las mujeres (HUSELID, RF. & COOPER, ML. 1992). Los estudios también han demostrado que el dominio interpersonal asociado típicamente con la masculinidad predice un mayor uso de sustancias en los adolescentes de ambos sexos (KULIS, S. et al., 2003).

B) Factores asociados a los roles de género

Los roles de género y la socialización de género pueden actuar como factores de riesgo o de protección para el consumo de sustancias (KULIS, S. et al., 2012). Para las mujeres, el sentido de responsabilidad actúa como un factor de protección contra consumo de sustancias (KULIS, S. et al., 2003; KULIS, S. et al., 2008). Además, las chicas suelen recibir menos ofertas de sustancias ilícitas. Esta falta de disponibilidad y de ofertas de consumo puede deberse a que las familias ejercen una mayor supervisión de las hijas, lo que se traduce en un menor número de oportunidades para utilizarlas y en normas culturales que establecen una menor aceptabilidad del uso de sustancias para las mujeres. Sin embargo, una vez que se ofrecen, las mujeres tienen la misma probabilidad utilizar sustancias (CARIS, L. et al., 2009).

Los roles tradicionales de género pueden ejercer una acción protectora sobre las adolescentes, puesto que dicho rol establece que las mujeres no deben beber o consumir otras drogas (KULIS, S. et al., 2012).

C) Factores asociados a la comunicación entre padres e hijos

Un factor ampliamente investigado es la influencia que la comunicación entre padres e hijos tiene sobre el uso de sustancias en los adolescentes, puesto que la literatura apunta a que una mayor frecuencia y calidad de la comunicación en general entre padres e hijos se asocian negativamente con el uso de sustancias. Sin embargo, no se ha indagado suficientemente sobre si los padres y las madres ejercen influencias únicas sobre el uso de sustancias en los adolescentes o si estos efectos son específicos de género. Ashley y sus colegas (2008) informaron que el hecho de que la madre fume está asociado de forma más intensa con el consumo de cigarrillos en las hijas que en los hijos. Sin embargo, no está claro si el efecto protector de la comunicación entre padres e hijos varía según el género de los padres y de los adolescentes.

La comunicación entre padres e hijos, un constructo interpersonal que refleja la relación existente entre padres e hijos, sería un factor protector especialmente relevante para las adolescentes (RAZZINO, BE. et al., 2004; YEH, MY. et al., 2006). Varios estudios señalan que el control de los padres y el apoyo emocional de los mismos están relacionados de forma más intensa con los consumos de drogas en el caso de las chicas que en el de los chicos (CHOQUET, M. et al., 2008).

Un estudio dirigido a evaluar la asociación entre la comunicación entre padres e hijos y el uso de sustancias en adolescentes (LUK, JW. et al., 2010) confirmó que esta asociación varía en función del tipo de sustancia y del género. Así entre los adolescentes varones, la fácil comunicación madre-hijo es un factor protector para fumar tabaco, mientras que la fácil comunicación entre padre e hijo sería un factor protector para el consumo de marihuana. Estos hallazgos confirmarían que la comunicación entre padres e hijos puede ser un importante factor de protección contra el tabaquismo y el consumo de marihuana en los adolescentes varones. Contrariamente a lo esperado, ni la comunicación con la madre ni con el padre eran protectores contra el consumo de sustancias por parte de las hijas, cuestionando la idea de que los factores interpersonales y familiares, como la

comunicación entre padres e hijos, beneficiarían a las chicas pero no a los chicos. Así pues, la relación inversa entre la comunicación entre padres e hijos y el consumo de sustancias fue significativa sólo para el consumo de tabaco y cannabis, pero no para el consumo de alcohol.

Los autores del estudio señalan, como posible explicación a la no confirmación de los hallazgos previos sobre el mayor efecto protector de la comunicación de los padres sobre las hijas, el hecho de que los padres podrían variar el contenido de su comunicación para hijos e hijas a causa de los estereotipos de género. La evidencia sugiere que los padres son más propensos a subestimar la prevalencia de las conductas de riesgo entre las hijas (O'DONNELL, L. et al., 2008) y que en base al estereotipo de que los hijos son más propensos que las hijas a involucrarse en comportamientos de riesgo, es plausible que los padres se comuniquen más con sus hijos sobre el consumo de sustancias que con sus hijas.

D) Factores asociados a las actitudes y percepciones sobre las sustancias

Existe alguna evidencia de que las chicas y los chicos perciben los riesgos relacionados con las drogas de manera diferente: las mujeres jóvenes muestran más empatía hacia los usuarios de drogas que los chicos jóvenes y son más propensas a reconocer daños sociales más amplios del consumo de drogas que los hombres jóvenes en una edad más temprana (MCWHIRTER, JM. et al., 2004).

E) Factores asociados al modelado paterno/materno

El modelado de los progenitores tiene una gran influencia en el comportamiento de los hijos en relación con las drogas a través de un doble proceso, por un lado mediante la observación e imitación de las conductas paternas, por otro por la comunicación que de forma indirecta estos realizan de las normas sobre el consumo de las diferentes sustancias (GARCÍA, L. et al., 2002). Es conocido que cuando los progenitores consumen tabaco, alcohol u otras drogas existe una mayor probabilidad de que sus hijos se inicien en el consumo de estas sustancias, mantengan un uso continuado de las mismas y se inicien al consumo de otras drogas.

La evidencia disponible confirma que, si bien los hábitos y las actitudes paternas en relación con las diferentes drogas condicionan tanto los hábitos de consumo de sus hijos como de sus hijas, su influencia es mayor entre las chicas.

F) La publicidad de las bebidas alcohólicas y el tabaco

La publicidad tiene un papel determinante en los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, al manipular los procesos de identificación personal e integración grupal. El seguimiento de las estrategias de marketing de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco confirma que el colectivo adolescente y las mujeres son sus principales destinatarios.

Un estudio evaluó la exposición de los adolescentes de 12 a 17 años a los anuncios de cigarrillos aparecidos entre 1992 y 1998 en las cinco revistas más leídas por este grupo, constatando la

existencia de más de 2.000 anuncios de cigarrillos dirigidos principalmente a la población femenina (FEIT, MN. 2001). Existe además una creciente evidencia que demuestra que la exposición al tabaquismo en las películas se asocia con un aumento en el inicio del consumo de tabaco entre las personas jóvenes (SAMET, JM. 2010).

Las influencias sociales que perciben las mujeres para adaptarse a los nuevos roles sociales de género son utilizadas de forma reiterada por la publicidad, que ha jugado un papel determinante en el incremento del consumo de tabaco y alcohol por parte de las mismas. La publicidad atribuye significados simbólicos al consumo de alcohol y tabaco, asociándolos a la satisfacción de determinadas necesidades sociales y psicológicas de las mujeres, en su mayoría derivadas de los cambios en los roles de género tradicionales (vitalidad, delgadez, sofisticación, seducción, atractivo físico, etc.). Mientras que la industria busca atraer a los hombres a través de mensajes ligados a estereotipos de masculinidad, como el poder, la riqueza, la fortaleza física o el éxito sexual (KAUFMAN, NJ. & NICTER M. 2001).

La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco integra perfectamente la perspectiva de género, mostrando las contradicciones entre los modelos de roles tradicional y moderno. De hecho utiliza de forma simultánea o complementaria referencias y estereotipos del moderno modelo de género (cuando se dirige a la población adolescente), llamadas o referencias a romper o superar el modelo tradicional (cuando se dirige a mujeres adultas educadas en un modelo tradicional de feminidad) y referencias a estereotipos del modelo tradicional de masculinidad y feminidad, cuando le son funcionales a sus objetivos de fortalecer el consumo de estos productos entre los hombres y las mujeres (SANCHEZ, L. 2006).

En el caso del tabaco, las estrategias publicitarias han estado centradas en la asociación de su consumo por parte de las mujeres con la emancipación femenina, la vitalidad, la delgadez, la atracción sexual, la elegancia, la sofisticación o la modernidad, además de la oferta de ciertos productos (cigarrillos "light", cigarrillos de sabores, etc.) dirigidos específicamente a las mujeres (ERIKSEN, M. et al., 2012; LOMBARDI, E.M. et al., 2011; MACKAY J, & AMOS A. 2003; SAMET, J.M. & YOON, SY. 2001). En el caso de los varones, la publicidad asocia el consumo de tabaco con la masculinidad, la felicidad, riqueza, virilidad y poder (ERIKSEN, M. et al., 2012).

Durante décadas, la industria tabaquera ha vendido el tabaco explotando la necesidad de libertad de la mujer, presentando el tabaco como símbolo de la igualdad y la independencia femenina, con el fin de impulsar a las mujeres jóvenes a empezar a fumar. Apoyada en una potentísima estrategia de marketing, la industria tabaquera ha establecido una intensa asociación entre el consumo de tabaco y la igualdad de género, un planteamiento que ha servido para cambiar creencias culturales acerca de las mujeres y el consumo de tabaco, por más que consumir cigarrillos tenga el efecto contrario, disminuyendo la salud y el bienestar material de la mujer y reduciendo su independencia y calidad de vida (GREAVES, L. et al., 2006).

Sin duda uno de los más rigurosos análisis realizados hasta el momento para conocer cómo el género condiciona el grado de exposición de los adolescentes a distintos factores de riesgo y

protección fue el realizado en el marco de la Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo (SAMHSA, 2002), sobre una muestra de cerca de 11.000 adolescentes. Dicha evaluación clasifica estos factores en tres grandes categorías: 1) riesgo externo y los factores protectores en la familia de los jóvenes, la escuela y la comunidad; 2) riesgo interno y los factores de protección inherentes a las propias actitudes de los jóvenes, las orientaciones y comportamientos y 3) riesgo e influencia protectora de las expectativas y los comportamientos (entorno normativo percibido) de otras personas importantes en la familia y los grupos de pares.

1. Riesgo externo y factores de protección en la familia, la escuela y la comunidad.

La investigación sobre el uso de sustancias en adolescentes ha demostrado que los chicos y las chicas se introducen a las drogas en diferentes entornos y bajo diferentes circunstancias (MOON, D.G. et al., 1999). Asimismo, los adolescentes y jóvenes de ambos sexos informan que experimentan menos protección y más riesgos a medida que avanzan a través de los años de la adolescencia.

Las chicas informan de más influencias protectoras que los chicos dentro de cada dimensión (familia, escuela y comunidad), lo que explica sus niveles de consumo ligeramente más bajos que en los chicos. En general, las chicas perciben una mayor supervisión familiar que los chicos, una mayor presencia de los mensajes de prevención en las aulas y una menor exposición a factores de riesgo de tipo comunitario, como las oportunidades y ofertas para usar sustancias.

Los niños y niñas de 9 a 11 años muestran niveles similares de protección relacionados con la participación de la comunidad, incluida la participación en las actividades comunitarias organizadas, si bien a partir de los 12 años la participación comunitaria comienza a ser superior en los niños, como resultado de su mayor participación los deportes organizados.

Las diferencias más drásticas en las fuentes externas de riesgo y de protección para niños y niñas están en su contacto con los entornos de alto riesgo en el barrio, tales como ver beber o consumir otras drogas en las calles o ser testigos de las peleas, actos delictivos o detenciones. La participación de los chicos en estas situaciones aumenta rápidamente desde los 13 años hasta los 17 años, mientras se mantiene estable entre las chicas. Existen claras diferencias intergénero en el grado de exposición a circunstancias de alto riesgo en sus entornos comunitarios, muy superior entre los chicos. Una circunstancia coherente con los hallazgos de la investigación que muestran que los chicos se inician el uso de sustancias más a menudo que las chicas a través del contacto con conocidos o desconocidos, mientras que las chicas son más propensas a iniciar su uso en casa o por medio de las ofertas de los amigos/as (MOON, D.G. et al., 1999).

El grado de riesgo en su entorno vecinal es el riesgo y el factor de protección externo más crítico para los chicos, siendo mucho menos importante en las niñas. Por su parte, la supervisión de la familia es el factor más destacado para las chicas y también es sobresaliente para los niños.

2. Riesgo interno y factores de protección inherentes a las actitudes, orientaciones y conductas

Las predisposiciones de los jóvenes, expresadas como actitudes y orientaciones a la conducta, filtran cómo experimentan su entorno externo. Mientras las protecciones externas disminuyen de forma natural cuando los jóvenes maduran y se vuelven más independientes, no resulta tan claro el patrón natural de cambio madurativo en los factores de protección internos.

En general, la tendencia en estos factores es similar a la observada para el riesgo y la protección externa. Entre los chicos y las chicas más jóvenes predominan las orientaciones de mayor protección, incluyendo las percepciones más fuertes de control de sí mismo, mayor confianza y una conexión más fuerte a la familia y la escuela. La excepción es la confianza social, que se eleva ligeramente desde la preadolescencia a los años medios, sobre todo para los chicos. El resto de las orientaciones progresan hacia un mayor riesgo entre los 11 y los 15 años, lo que indica una reducción de las orientaciones internas de protección:

- Para dos de los factores de protección internos, el autocontrol y la confianza social, las niñas preadolescentes reportan orientaciones que les protegen en mayor medida que a los varones.
- Por lo que se refiere a la confianza en uno mismo, los patrones para niños y niñas son claramente diferentes en función de la edad. Entre las niñas se observa una fuerte disminución de esta medida del autoconcepto entre los 12 y los 15 años, algo que no sucede entre los niños.
- Tanto niños como niñas presentan descensos en la percepción subjetiva de la conectividad a la escuela y la familia a medida que avanza la edad. En ambas medidas de conectividad, las niñas comienzan con orientaciones de protección mayores que los niños en las cohortes más jóvenes y terminan con orientaciones de protección más bajas que los niños en las cohortes de más edad.

La evidencia relativa a los grupos de jóvenes en situación de riesgo sugiere que las niñas reportan un mayor descenso de la protección sobre los riesgos internos entre las cohortes más jóvenes y mayores que los niños, en especial en la confianza en uno mismo, que en las niñas mayores obtiene una puntuación mucho más baja que los niños. Las niñas también reportan un mayor descenso en todas las edades en conexión con la escuela y la familia. Mientras que las niñas comienzan con más autocontrol y confianza social que los niños en los grupos de edad más jóvenes, se sitúan en niveles similares mediada la adolescencia. Así pues, las niñas tienden a experimentar un mayor descenso de la protección interna que los niños a lo largo de la adolescencia.

En general, el patrón de asociaciones entre el riesgo individual y los factores de protección internos y el uso de sustancias para las chicas y los chicos sugiere una configuración muy similar para ambos grupos. El vínculo con la escuela y el autocontrol parecen ser relativamente importantes factores protectores para ambos sexos. Por el contrario, la creencia en uno mismo y la confianza social no están fuertemente asociadas con el consumo de sustancias, tanto para los chicos como para las chicas. Sin embargo, la conexión familiar es un factor protector importante, que tiene una influencia más fuerte en el uso de sustancias entre las niñas. La conectividad con la familia y los

mayores niveles de supervisión para las niñas pueden reducir las oportunidades para el uso de sustancias y tener como resultado unos niveles algo más bajos de uso de sustancias para las niñas.

3. Normas sociales (de los padres y los amigos) y uso de sustancias

Dado que las normas sociales, y en particular a las expectativas y el comportamiento de los compañeros se han asociado a menudo con el consumo de sustancias entre los jóvenes, la Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo analizó la influencia de las normas de uso de sustancias en los dos contextos sociales más cercanos a los jóvenes: los padres y amigos.

Al igual que con los otros dominios de riesgo y protección, las percepciones de los jóvenes de las normas grupales de referencia sobre el consumo de sustancias cambian rápidamente con la edad. En el rango de edad de 11 a 17 años, los niños y las niñas perciben que las normas grupales sobre el consumo de sustancias pasan de la prohibición a la permisividad. Los niños y las niñas más jóvenes tienen una percepción relativamente fuerte de que los padres y los compañeros no aceptarían el uso de sustancias y que sus compañeros no usan las mismas. Estas percepciones son relativamente estables entre los 9 y los 12 años con respecto a la actitud de los padres y los compañeros, si bien a los 11 años empiezan a cambiar con respecto al uso de sustancias por parte de los pares. A partir de los 11 años las percepciones de las normas cambian rápidamente hacia una mayor aceptación del consumo y un mayor uso. En suma, los adolescentes perciben una disminución en la naturaleza protectora de las normas sobre el uso de sustancias hacia un mayor riesgo a medida que progresa la edad, una tendencia que es muy similar para ambos sexos.

Se observa una correlación muy intensa entre las actitudes de los padres y los compañeros hacia el consumo de drogas y el uso individual de las sustancias, siendo las actitudes de los padres ligeramente más importantes para las chicas.

Para proporcionar una comprensión global de la manera en que los múltiples factores de riesgo y protección antes mencionados interactúan entre sí condicionando el uso de sustancias, en el marco de la Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo se aplicó una técnica de modelización estadística para producir la imagen de los «caminos de influencia». El modelo muestra una configuración global de influencias de riesgo y protección que funcionan de manera similar para chicas y chicos. El análisis confirma la importancia de la conexión familiar como factor de protección para las chicas y los chicos y sugiere que las chicas reciben una mayor supervisión familiar que los chicos, lo que ayuda a protegerlas del consumo de sustancias. El vínculo con la escuela apoya el rendimiento escolar, las asociaciones positivas con sus compañeros y la reducción del uso de sustancias, un factor de protección que sería más efectivo para las chicas en riesgo que para los chicos. Por último, las oportunidades para el uso de sustancias entre los chicos en riesgo están más influenciadas por las circunstancias en sus barrios y comunidades que en el caso de las chicas.

PUNTO CLAVE

La investigación apunta a que más que factores de riesgo y protección independientes o específicos en función del género, existen una serie de factores comunes que actúan de manera diferente en las chicas y los chicos adolescentes, ejerciendo una mayor o menor influencia sobre los consumos de las distintas sustancias en cada uno de estos grupos. Por tanto, lo que varía sustancialmente es la fuerza del impacto de los factores asociados al consumo de drogas y no la naturaleza de los mismos.

A continuación se resume la evidencia disponible sobre la influencia diferencial ejercida por los factores de riesgo y protección en los consumos de drogas de las chicas y los chicos adolescentes:

Factores asociados al uso de drogas entre las chicas

- ▶ La imagen negativa de sí mismas, la baja autoestima, los problemas para controlar el peso, los elevados niveles de ansiedad y depresión o el uso de drogas por parte de su pareja son factores de riesgo influyentes en el uso de drogas por parte de las chicas.
- ▶ Las chicas pueden ser particularmente vulnerables a la influencia de sus compañeros y amigos y a la desaprobación/aprobación del consumo de sustancias por los compañeros.
- ▶ La influencia de las actitudes y el modelado paterno en relación con las drogas es más relevante entre las chicas.
- ▶ Las transiciones sociales comportan mayores riesgos para las chicas.
- ▶ Los factores familiares (como el apego padres/hijos, la supervisión paterna, la comunicación familiar y las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias) y la vinculación con la escuela parecen ejercer una mayor influencia protectora sobre las chicas que sobre los chicos.
- ▶ La mayor percepción de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, la menor accesibilidad a las sustancias y las normas culturales que establecen una menor aceptabilidad de su uso brindan una protección adicional a las mujeres.
- ▶ Determinados rasgos del modelo tradicional de feminidad, como la calidez emocional, la preocupación por los otros, el sentido de la responsabilidad y el mayor interés por la salud, brindan una protección adicional a las chicas y mujeres.

Factores asociados al uso de drogas entre las chicas

- La existencia de normas sociales más tolerantes respecto del consumo de drogas, las actitudes paternas más favorable al consumo de sustancias, el escaso compromiso con la escuela, la vinculación temprana con conductas antisociales y las interacciones con iguales antisociales y el riesgo percibido asociado al consumo son factores de riesgo relevantes para el consumo de drogas por parte de los chicos.
- El autocontrol o la regulación conductual y los factores ambientales o relacionados con el entorno comunitario parecen tener una mayor influencia en el abuso de sustancias por parte de los chicos.
- El grado de riesgo en su entorno vecinal es el factor externo más crítico para el uso y abuso de drogas por parte de los chicos.
- La identificación con los modelos tradicionales de masculinidad, vinculados al riesgo y la agresividad, incrementan el riesgo de uso y abuso de drogas.
- Los chicos tienen mayores oportunidades para la implicación prosocial en la comunidad.

9.2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES Y LAS MUJERES

La ausencia de un enfoque de género en la investigación realizada hasta la fecha para identificar los factores de riesgo y protección asociados al uso de drogas hace que la mayor parte de la evidencia disponible esté referida a los adolescentes varones. Para intentar paliar esta laguna informativa algunas instituciones han promovido investigaciones centradas específicamente en el análisis de los factores de riesgo y protección que influyen sobre las chicas adolescentes y jóvenes. En esta línea, el National Center on Addiction and Substance Abuse de la Universidad de Columbia (Estados Unidos) realizó un estudio pionero para conocer las razones que llevan a las chicas adolescentes y a las mujeres jóvenes a iniciarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y a vincularse a conductas de uso y/o abuso de estas sustancias (CASA, 2003a). El estudio identificó una serie de factores de riesgo exclusivos o con una influencia más intensa que para el abuso de sustancias entre las niñas y las mujeres:

- La mayor vulnerabilidad e impacto de las sustancias utilizadas sobre la salud física, hace que las adolescentes y las mujeres sean más vulnerables a la adicción y otros problemas de salud asociados con el uso de drogas.
- Las transiciones vitales clave (el cambio de barrio, el paso a la universidad, etc.) son momentos en los que las adolescentes y las mujeres están en mayor riesgo de abuso de sustancias.

- Las adolescentes y las mujeres tienden a usar tabaco, alcohol u otras drogas para mejorar el estado de ánimo, aumentar la confianza, reducir la tensión, hacer frente a los problemas, desinhibirse, mejorar el sexo o perder peso. Estas razones emocionales y relacionales pueden hacer que se mantengan los consumos y que progresen hacia situaciones de abuso o dependencia en ausencia de factores de protección.
- El abuso sexual y el maltrato físico, muchos más frecuentes entre las chicas y las mujeres jóvenes que entre los varones, están fuertemente relacionados con los problemas por consumo de sustancias. Las niñas que han sido víctimas de abuso sexual son más propensas a consumir sustancias y a utilizarlas antes, más a menudo y en mayores cantidades.

Un informe de esta misma institución (CASA 2003b) analizó los factores de riesgo y protección “diferenciales” de chicas y chicos asociados al consumo de distintas drogas, concluyendo que:

- Las chicas que experimentan una pubertad temprana están en un riesgo mayor de consumir antes sustancias, más frecuentemente y en mayores cantidades que sus iguales varones que maduran más tarde. La pubertad es un momento de mayor riesgo para las chicas que para los chicos.
- Las chicas tienden más que los chicos a estar deprimidas, padecer trastornos alimentarios o ser abusadas sexual o físicamente, todo lo cual aumenta el riesgo de abuso de sustancias.
- El tránsito del uso de sustancias al abuso y la adicción es más rápido en las chicas y mujeres jóvenes, aun cuando estas consuman la misma cantidad o una menor de una sustancia concreta.
- Las chicas tienden más que los varones a abusar de analgésicos, estimulantes y tranquilizantes.
- Las chicas que se mudan con más frecuencia de una casa o barrio a otro están en riesgo mayor de consumir sustancias que los chicos que se mudan frecuentemente.
- Las transiciones de la escuela primaria a la secundaria, al bachillerato y a la universidad son momentos que incrementan el riesgo de consumo para las chicas. Las chicas que hacen la transición del bachillerato a la universidad muestran los mayores aumentos del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.
- Las chicas tienden más a que se les ofrezca sustancias por una conocida del sexo femenino, una parienta del sexo femenino o un novio y a recibir ofrecimientos en marcos privados, mientras que los chicos tienden a que se les ofrezcan drogas conocidos masculinos, jóvenes parientes masculino o su progenitor o un extraño y a recibir estas ofertas en marcos públicos.
- La religión protege más a las chicas que a los chicos.

Existe una amplia evidencia que vincula el abuso y la dependencia a las drogas entre las mujeres como una respuesta al estrés postraumático asociado a situaciones de abuso sexual o maltrato físico o psicológico en la infancia, la adolescencia o en edades avanzadas de la vida (DEMBO, R. et al, 1987; GRELLA, C.E. 1997; INSTITUTE OF MEDICINE, 1990; KILPATRICK, D.G. et al., 1997, 1998; MARTIN, S.L. et al., 2003; NAJAVITS, L.M. et al., 1997; SÁNCHEZ, L. et al., 2010).

Un proyecto patrocinado por el British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH, 2010) permitió realizar una revisión actualizada de los factores asociados al consumo de sustancias entre las chicas y las mujeres jóvenes, en la que se destaca:

- Estudios longitudinales (McCARTY, C.A., et al., 2009) han identificado asociaciones intensas entre la depresión, la obesidad y los trastornos por consumo de alcohol en mujeres jóvenes.
- Respecto a la influencia ejercida por los pares, un estudio (LaBRIE, J.W., et al, 2009) encontró que las chicas universitarias sobreestiman significativamente (casi el doble) la cantidad real que sus pares varones que prefieren que ellas beban alcohol y que este error de percepción se asocia a las mujeres que beben en niveles de riesgo. El estudio sugiere que en lugar de beber para ser iguales a los hombres, las mujeres beberían para ser queridas por los hombres.
- Las relaciones de las chicas adolescentes con sus madres y las preocupaciones de estas últimas constituyen un ámbito clave para la protección de las mismas frente a los riesgos de uso y/o abuso de drogas. Un estudio (SCHINKE, S.P. et al., 2008) identificó los siguientes factores de protección específicos para las adolescentes:
 - Volver a casa después de la escuela
 - Tener una imagen corporal positiva
 - Conocimiento por parte de las madres del paradero de sus hijas y sus compañeros.
 - La capacidad de las chicas para contactar siempre con su madre.
 - Existencia de reglas familiares contrarias al consumo de drogas y estímulo de los padres a abstenerse de usar estas sustancias.
- Las actitudes de los padres contrarias al uso de drogas y el miedo a las consecuencias que podrían derivarse del consumo para su hijos se configuran como un potente factor de protección frente al consumo de alcohol, en especial entre las chicas (SCHRANS, T. et al., 2009).

Una revisión realizada por Kumpfer y colaboradoras (2008) sobre los factores asociados al uso y abuso de drogas entre las chicas destaca el hecho de que los medios de comunicación y la cultura adolescente popular refuerzan una actitud despreocupada hacia la socialización en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana por parte de las chicas, así como el glamour que brinda un cuerpo delgado. Aunque los mensajes de los medios de comunicación normalizando el uso de drogas parecen ser igualmente perjudiciales para chicos y chicas, estas últimas sufren una presión adicional para ajustarse a las normas de una sociedad obsesionada con la delgadez y donde el desarrollo normal y saludable de la mujer adolescente es visto como poco favorecedor (SYPECK, M.F. et al., 2004). Las presiones que se ejercen sobre las niñas y las mujeres para lograr un cuerpo delgado ideal provocan que muchas jóvenes desarrollen sus propios programas de control de peso, basados en el consumo de tabaco y de anfetaminas.

La investigación ha encontrado altas tasas de comorbilidad entre consumo de sustancias y la depresión entre las chicas (CARBONELL, D. et al, 1998), así como una asociación entre el uso indebido de sustancias entre las adolescentes y la conducta de automedicarse por problemas de salud mental (SOHLKHAH, R. & WILENS, T.E. 1998), con chicas que usan medicamentos estimulantes para controlar la depresión y otros problemas de salud mental. Algunos estudios informan que el éxtasis se ha convertido en un remedio popular para la depresión por la satisfacción inmediata, euforia, libido elevada y alteración en la percepción de sí mismo que provoca (SMITH, K.M. et al., 2002).

Otros factores de riesgo específicos para las chicas son el embarazo y la maternidad adolescente y los problemas asociados con el inicio temprano de la pubertad. Los investigadores han establecido una relación causal entre el uso/abuso de sustancias y la actividad sexual temprana (LANZA, S.T. & COLLINS, L.M. 2002).

Un elemento diferencial en los factores de riesgo vinculados al género lo constituye el hecho de muchas chicas suelen ser inducidas/introducidas al consumo de tabaco, alcohol u otras drogas por sus parejas sentimentales, habitualmente con una mayor edad (GARCÍA, L. y GONZÁLEZ, M.T. 2002). Mediante la asociación con chicos mayores, las chicas están expuestas al uso de alcohol y drogas a una edad más joven. La maduración temprana de las chicas también provoca un riesgo elevado de asociaciones con chicos con conductas desviadas, que fomentan la incorporación de las mismas por parte de las chicas, entre ellas el uso y/o abuso de drogas (CASPI, A. et al., 1993). Además, las niñas con dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento académico, falta de supervisión y cercanía de los padres y con un estado de ánimo deprimido tienen un riesgo elevado para la asociación con hombres antisociales mayores. (KUMPFER, K.L. et al., 2008).

Pocos modelos etiológicos de los problemas de los adolescentes con el consumo de sustancias han comparado los precursores que interactúan en las chicas y los chicos, y los que lo han hecho han encontrado diferencias principalmente en la fuerza de correlación de estos precursores y no tanto en la existencia de precursores específicos (FOTHERGILL, KE. & ENSMINGER, M.E. 2006; KUMPFER, K.L. et al., 2003; SALES, E. et al., 2003).

Kumpfer y Turner (1990/1991) no encontraron diferencias importantes en los factores asociados al consumo de drogas y la implicación en actividades delictivas en las chicas en comparación con los chicos. La influencia de los pares como vía para el consumo de drogas parece ser igual de relevante para chicas y chicos, mientras que la variable o conglomerado "entorno familiar" ejercería una influencia más fuerte para las niñas que para los niños como factor de protección.

Una investigación desarrollada por el Center for Substance Abuse Prevention de los Estados Unidos. (2001c), que evaluó de las causas de abuso de sustancias en 8.500 jóvenes de alto riesgo participantes el estudio para la evaluación del Programa para jóvenes de alto riesgo del CSAP (CSAP High Risk Youth Program), encontró que las chicas estarían más influenciadas que los chicos por los problemas de relación, categoría que incluiría las relaciones familiares, la supervisión de la familia y la disciplina y las normas familiares y de los compañeros. Esta investigación identificó tres principales factores familiares de protección: la unión familiar, el seguimiento y la supervisión de los padres y la comunicación familiar acerca de las normas de la familia y las expectativas de comportamiento (KUMPFER, KL. et al, 2003).

Algunos modelos teóricos (SALES, E. et al., 2003) encontraron que las actitudes y las normas de los padres tienen un mayor impacto en las niñas y que el uso de sustancias por los pares tuvo un mayor impacto en los niños. Por lo tanto, la influencia de los padres era casi igual a la influencia de los pares como la vía final para el consumo de sustancias en las chicas, pero la presión de grupo fue mayor que la influencia de los padres en los chicos. Fothergill y Ensminger (2006) encontraron

que la baja supervisión de los padres tuvo una mayor influencia en el consumo de alcohol de las adolescentes y en el consumo de drogas en los varones (KUMPFER, KL. et al, 2008).

Estos modelos teóricos aportan evidencia sugestiva de que las niñas son más influenciadas por los factores de protección familiar que los chicos. Por el contrario, las chicas parecen ser algo menos influenciadas por su entorno escolar o comunitario que los chicos. Las comunidades con políticas más estrictas de control del alcohol y las drogas parecen reducir el uso de sustancias de modo más intenso en los chicos que en las chicas. Esto, posiblemente, puede ayudar a explicar por qué la existencia de mensajes comunitarios contra el uso de drogas son más eficaces en la reducción de consumo de sustancias en los hombres (KUMPFER, K.L. et al., 2008). Estos modelos teóricos causales sugieren que las niñas, sin embargo, son más sensibles y dependientes de una relación positiva con sus padres y amigos para definir su propio valor. Las chicas que desarrollan problemas de consumo de drogas son más propensas a ser niñas de maduración temprana que están alejadas de sus padres, la escuela y que pasan el rato con chicos u hombres mayores que con frecuencia les introducen al consumo alcohol y las drogas.

Las niñas son menos propensas a usar alcohol y otras drogas si tienen una relación cálida y estrecha con sus padres o cuidadores. Este factor protector familiar crítico parece conducir a una mejor supervisión y monitoreo, así como la disciplina más efectiva. El seguimiento y la supervisión de los padres de las asociaciones con adolescentes o adultos mayores que abusan de drogas son más importantes en la protección de las niñas. Esta vigilancia de los padres, aparentemente conduce a una mayor comunicación sobre las normas familiares relativas a no consumir drogas, que llevan a las chicas a tener menos probabilidades de asociarse con amigos que utilizan drogas.

Un estudio basado en una encuesta realizada a chicas adolescentes y sus madres, destinado a identificar los factores de riesgo para el consumo de sustancias de chicas adolescentes, identificó la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol, inhalantes y medicamentos de prescripción entre las chicas y los lugares a los que acuden después de la escuela, la imagen corporal, la depresión, el consumo de sustancias por parte de la mejor amiga, el consumo de alcohol por parte de la madre, las interacciones madres-hijas y las normas familiares acerca del consumo de sustancias (SCHINKE, SP. et al., 2008).

PUNTOS CLAVES

1. **Las chicas informan de más influencias protectoras que los chicos dentro del ámbito familiar, escolar y comunitario, lo que explicaría sus menores niveles de consumo de drogas en relación con los chicos.**
2. **Existen algunas características diferenciales de los factores de riesgo asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres:**
 - **Determinados estados emocionales y sintomatología negativa de tipo psicológico se configuran como importantes precursores de los consumos de drogas femeninos.**
 - **El papel instrumental que los consumos tienen como facilitadores de la sociabilidad femenina.**

3. Los factores de protección que influyen en las mujeres reúnen algunos rasgos característicos:

- ▶ La mayor percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas permite a las mujeres desarrollar estrategias de control y evitación de las conductas de uso y/o abuso de drogas.
- ▶ Las mujeres atribuyen un mayor valor a la salud, lo que hace que mantengan más autocuidados que los hombres.
- ▶ La influencia protectora ejercida por el entorno familiar. El modelo tradicional de roles de género, vigente en muchos padres y madres, facilita a las chicas un plus adicional de protección frente a las drogas, que se concreta en: 1) actitudes paternas hacia el consumo de drogas por parte de las hijas adolescentes son menos permisivas que en el caso de los chicos, 2) mayor nivel de supervisión y/o control sobre las actividades de las hijas y 3) una mayor restricción a la participación de las chicas en los espacios de ocio nocturno en los que se consumen drogas.

9.3. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO

La evidencia disponible confirma la existencia de diferencias en los factores de riesgo y protección asociados al inicio y la continuidad del tabaquismo en los hombres y las mujeres:

- ▶ Mientras la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación en las chicas (WOODHOUSE, K. 2004), en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores todos ellos profundamente marcados por los roles de género (BECOÑA, E. VÁZQUEZ, F. 2000; COMAS, D. 2004).
- ▶ La investigación ha identificado una serie de variables ligadas al género que se relacionan con el consumo de tabaco entre la población adolescente. En el caso de los chicos las variables predictivas del consumo serían la existencia de actitudes positivas hacia el tabaco, la intención de fumar en el futuro, la baja autoeficacia para resistir la presión del grupo, la presencia hermanos fumadores y el pasar parte del tiempo libre en bares. En el caso de las chicas las variables predictoras serían puntuar bajo en la escala de actitudes contra el tabaco, el tabaquismo de los hermanos, pasar parte del tiempo libre en discotecas, vivir en barrios de nivel socioeconómico alto y poseer una baja autoestima (NEBOT, et al., 2004).
- ▶ Las razones más comunes por las que las mujeres jóvenes comienzan a fumar son las relaciones con otras personas que fuman, la preocupación por el peso, la imagen corporal o la aceptación social, el interés en rebelarse o establecer su propia individualidad, la reacción ante imágenes positivas del consumo de tabaco que aparecen en revistas, películas y la cultura juvenil y las campañas de marketing de cigarrillos dirigidas a las mujeres (ERIKSEN, M. et al., 2012).

- Los problemas relacionados con la autoestima, la ansiedad, la depresión y la pérdida de confianza en sí mismo se asocian con un mayor riesgo de inicio del tabaquismo, unos factores que son más frecuentes entre las chicas.
- Las chicas informan con mayor frecuencia que los chicos que el consumo de tabaco les ayuda a controlar su estado de ánimo y a sentirse bien (BARTON, J. 1998).
- La investigación sugiere que fumar puede ser un paso importante hacia la formación de la identidad de las chicas, especialmente en las etapas de transición, como por el ejemplo en el paso de la Enseñanza Primaria a la Secundaria (LLOYD, B. et al., 1998). Paralelamente, algunas investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que fuman reportan mayores niveles de autoconfianza que sus compañeros (WOODHOUSE, K. 2004).
- Las valoraciones cognitivas que las fumadoras adolescentes tienen de sí mismas en relación con su familia, su cuerpo y su vida social son más negativas que las de las no fumadoras (SNOW, P.C. BRUCE, D.D. 2003).
- La experimentación con el tabaco entre las mujeres adolescentes se vincula a los intentos por mejorar su imagen y ser más sociables, en la creencia de que fumar les hará más femeninas, maduras y atractivas sexualmente (MACKAY, J. & AMOS, A. 2003; OH. DL, et al., 2010; SAMET, JM. & YOON, SY. 2001).
- La preocupación por la imagen corporal, el control del peso y el afrontamiento del estrés han sido señalados como los factores que más influyen en el inicio y el mantenimiento del tabaquismo femenino (JANÉ, M. et al., 2001).
- La expectativa de control del peso o un mayor grado de autoestima son factores que favorecen el consumo de tabaco entre las chicas (EUROPEAN COMMISSION, 2002).
- La influencia de la publicidad y la asociación con estados de ánimo negativos (tristeza, ansiedad, soledad) han sido identificados como factores influyentes en el incremento del consumo del tabaco en las chicas jóvenes (AYESTA, J. y DE LA ROSA, L. 2001).
- Otros estudios destacan que las chicas fuman más para hacer amistades y establecer relaciones sociales, como forma de rebelarse contra los padres, escuela y otras autoridades y para perder peso (GARCÍA, L. et al., 2002).
- Mientras que el consumo de tabaco en los hombres está fuertemente reforzado por los efectos psicoactivos de la nicotina, las mujeres están más influenciadas por factores ajenos a la nicotina, como el deseo de reducir estados de ánimo negativos, facilitar la interacción social y prevenir el aumento de peso (MENDELSON, C. 2011). Las mujeres también fuman más en respuesta ciertos desencadenantes, como estar con amigos que fuman o bajo situaciones de estrés (BERLIN, I. et al., 2003; CEPEDA-BENITO, A. et al., 2004; PERKINS, KA. & SCOTT, J. 2008).

- Algunos estudios (CORTÉS, M. et al., 2005) señalan que las percepciones de la población adolescente en relación a los inconvenientes asociados al consumo de tabaco y en la apreciación del nivel de su consumo en el grupo de iguales están condicionados por el género. Así, entre los chicos sólo los fumadores perciben que la mayoría de los jóvenes fuman, mientras que las chicas, tanto fumadoras como no fumadoras, mantienen esta misma percepción.
- Existe una fuerte asociación entre el inicio del hábito de fumar en personas jóvenes y la presencia de fumadores entre amigos y miembros de la familia (MACFADYEN, L. et al., 2001; MALCON, MC. et al., 2003; TYAS, SL. & PEDERSON, LL. 1998).
- El riesgo de fumar se incrementa entre las chicas cuando ambos padres fuman y las chicas tienden más a fumar cuando lo hacen las madres (AHGI, M. et al., 2001).
- Existe evidencia de una mayor tasa de inicio al tabaquismo entre las niñas cuyas madres fuman, debido a la facilidad de acceso a los cigarrillos. No obstante, durante la adolescencia los amigos son quienes ejercen la mayor influencia en el inicio y el mantenimiento del tabaquismo (SAMET, JM. & YOON, SY. 2001; LOMBARDI, E.M. et al., 2011).
- Algunas investigaciones destacan que la influencia de los iguales en el consumo de tabaco difiere en función del género, de modo que las chicas que tienen una mejor amiga que fuma son hasta nueve veces más proclives a ser fumadoras (AHGI, M. et al., 2001).
- Las estrategias de marketing desarrolladas por la industria tabaquera se han centrado en asociar el consumo de tabaco por parte de las mujeres con la igualdad de género, lo que ha propiciado el inicio a este hábito por parte de muchas mujeres jóvenes (ERIKSEN, M. et al., 2012).
- Las películas que difunden una imagen positiva del consumo de tabaco siguen desempeñando un papel en el inicio del tabaquismo entre las personas jóvenes, sin importar el género (SARGENT, JD. & HANEWINKEL, R. 2009).
- El tabaquismo femenino actuaría como un mecanismo de evasión emocional para las mujeres que deben soportar un número creciente de responsabilidades dentro y fuera del hogar y estaría asociado con un sentimiento más fuerte de la autonomía y la búsqueda de un lugar propio en la sociedad. Además, existe evidencia que demuestra que las mujeres fuman después de las experiencias negativas de la vida (SAMET, JM. & YOON, SY. 2001; RIGBI, A. et al., 2011; LUMLEY, J. et al., 2009).
- Tanto hombres como mujeres fuman para reducir el estrés, pero los factores desencadenantes son distintos (ARTAZCOZ, L. y BORRELL, C. 2007b). Mientras que las mujeres fuman como reacción a experiencias vitales negativas, los hombres lo hacen para aumentar las sensaciones positivas (BRUNSWICK, A. & MESSERI, P. 1984; FERNÁNDEZ, E. et al., 2001).

- También existen diferencias de género en el mantenimiento del tabaquismo. Con independencia del efecto adictivo de la nicotina, uno de los factores que animan a la mujer a continuar fumando es el miedo a engordar (JANÉ, M. et al., 2001; ERIKSEN, M. et al., 2012). El 50% de las mujeres fumadoras señalan que las preocupaciones sobre el aumento de peso les desalientan de tratar de dejar de fumar, mientras que la ganancia de peso durante o después del abandono del tabaco aumenta el riesgo de recaída (SPRING, B. et al., 2009).
- Algunos estudios (NEBOT, M. et al., 2002; MENESES, C. et al., 2009) señalan que la práctica deportiva se asocia a la reducción del consumo de tabaco, factor que explicaría la menor prevalencia del tabaquismo entre los chicos, quienes participan en mayor proporción en actividades físicas o deportivas.
- Las chicas que fuman cigarrillos tienden más que los varones o que las chicas no fumadoras, a experimentar impotencia en el ambiente escolar y a sentir considerablemente menos apego con la escuela y a implicarse en relaciones insatisfactorias, desafiantes, distanciadas con adultos importantes en sus vidas, particularmente, con aquéllos en posiciones de relativo poder y autoridad (MACDONALD, M. & WRIGHT, N. 2002)

9.4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

- Diversas investigaciones señalan entre los principales motivos de las chicas para consumir alcohol son la evasión de los problemas y la evitación de estados emocionales negativos.
- El consumo de alcohol y tabaco registra una mayor frecuencia entre los adolescentes con una pobre comunicación familiar, una asociación que es mucho más intensa entre las chicas (CURRIE, C. et al., 2000).
- Las revisiones de la literatura relacionadas con el uso y abuso de alcohol entre la población adulta sugieren que, aunque la mismos factores de riesgo pueden influir en hombres y mujeres, los hombres son más propensos a portar vulnerabilidades y riesgos endógenos y exógenos que aumentan su probabilidad de cumplir los criterios para un trastorno por consumo de alcohol. En concreto, la mayor sensibilidad fisiológica de las mujeres a dosis bajas de alcohol, las mayores sanciones sociales hacia el consumo femenino y el mayor riesgo de maltrato físico y abusos sexuales como resultado del consumo de alcohol, serían factores que sirven para evitar que las mujeres bebedoras consuman alcohol de forma abusiva (SCHULTE, MT. et al., 2009).
- Las mujeres beben menos alcohol y tienen menos problemas relacionados la bebida que los hombres debido a que reciben una menor influencia de ciertos factores de riesgo y a que son más propensas a presentar factores de protección ante estos problemas. Las mujeres perciben mayores sanciones sociales por beber alcohol, son menos propensas a tener características asociadas con el consumo excesivo, como la agresividad, a beber para reducir la angustia,

problemas de autocontrol y la búsqueda de sensaciones. Además, presentan ciertos rasgos, como un mayor interés por el cuidado de la salud que actúan protegiéndolas frente al consumo excesivo de alcohol (NOLEN-HOEKSEMA, S. 2004).

- Los hombres son más propensos a manifestar ciertos factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, tales como una menor sanción social percibida para la conducta de beber, expectativas positivas asociadas al consumo y ciertos rasgos de personalidad como la impulsividad. Además, tienen menos factores de protección (NOLEN-HOEKSEMA, S. & HILT, L. 2006).
- El hecho de que los diagnósticos de abuso y dependencia alcancen sus máximos niveles en la edad adulta temprana, disminuyendo a partir de ese momento a medida que aumenta la edad, ha llevado a muchos investigadores a asociar el aumento en el consumo problemático durante la edad adulta temprana con una mayor autonomía y menores restricciones ambientales (CHEN, K. & KANDEL, D. 1995). Además, el descenso del consumo problemático de alcohol observado mediados los 20 años se ve afectado por el aumento de la responsabilidad debido a transiciones vitales, como el empleo regular, el matrimonio y la paternidad (ZUCKER, RA. et al., 1995).
- Un análisis realizado por el Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias (CASA, 2006) sobre las motivaciones de las adolescentes para consumir alcohol o drogas, destaca que estas se relacionan con la necesidad de aliviar estados de ánimo negativos, aumentar la confianza en sí mismas, reducir la tensión, afrontar los problemas, desinhibirse, optimizar el sexo o perder peso:
 - Las adolescentes con baja autoestima o baja confianza en sí mismas tienen dos veces más probabilidad de reportar consumo de alcohol, que aquellas con una autoestima elevada, una asociación no se ha produce entre los adolescentes varones.
 - La presión de los iguales está más intensamente asociada con el consumo de alcohol de las chicas que de los chicos. Las chicas de Enseñanza Secundaria que reportan altos niveles de presión de iguales para beber tienen el doble de probabilidad de consumir alcohol que las que reportan menos presión de iguales; esta relación no ha sido encontrada en chicos. Cuando varias de las amistades más cercanas de las chica fuman o beben, estas tienen siete veces más probabilidades de beber alcohol (los chicos tienen tres veces más probabilidades).
 - La auto-medicación es también un factor estrechamente vinculado al consumo de alcohol entre las adolescentes. Las chicas que consideran que beber alcohol alivia el aburrimiento o les ayuda a manejar la tristeza o la depresión reportan más consumo de alcohol que aquellas que no, tendiendo más que los chicos a considerar que un efecto positivo del alcohol es su capacidad de aliviar los estados de ánimo y sentimientos negativos. Las chicas que beben mucho tienden más que los chicos que lo hacen, a atribuir su consumo de alcohol al deseo de escapar de sus problemas, del enfado o de la frustración.
 - A pesar de que el consumo habitual de alcohol favorece el aumento de peso, las preocupaciones con el peso y la apariencia física son uno de los factores que propician el consumo

de esta sustancia por las adolescentes. De hecho, las chicas que se perciben con sobrepeso, que están tratando activamente de perder peso, o que se implican en dietas excesivas y dañinas, beben más alcohol que las chicas con actitudes y conductas más sanas relacionadas con el peso.

- Este mismo informe (CASA, 2006) señala además una serie de factores de riesgo específicos que incrementan el riesgo de consumir alcohol entre las chicas, como son:
 - La pubertad precoz: las chicas que experimentan pubertad temprana tienen un mayor riesgo de implicarse de forma más temprana en el consumo de sustancias, con más frecuencia y en mayores cantidades que sus iguales que maduran más tarde.
 - El abuso sexual o físico: las chicas que han sido abusadas sexual o físicamente tienen el doble de probabilidad de beber que las que no han sido abusadas.
 - La publicidad y los medios: los anuncios publicitarios dirigidos a chicas hacen que el beber parezca divertido y “sexy”.
- Una revisión destinada a examinar las diferencias de género en los factores de riesgo para el uso y abuso del alcohol que operan específicamente en la transición desde la adolescencia hasta la edad adulta (SCHULTE, MT. et al., 2009) permitió identificar los siguientes factores:

a) Influencias biológica

- La investigación demuestra consistentemente una transmisión intergeneracional del riesgo de ciertas formas de consumo problemático de alcohol. Algunos estudios en gemelos sugieren que la heredabilidad es mayor entre los hombres que entre las mujeres (CLONINGER, CR. 1987; ZUCKERMAN, M. 1999).
- Existe una sólida evidencia que acredita la mayor sensibilidad de las mujeres a los efectos del alcohol (DOUGHERTY, DM. et al., 1998; NIXON, SJ. 1994), que sería un importante factor de protección para las mujeres en el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol, que explicaría las divergentes trayectorias de uso de alcohol para chicos y chicas en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana (SCHUCKIT, MA. et al., 2005a).
- No parece haber evidencia que apoye la existencia de diferencias de género en la relación entre la función ejecutiva y los trastornos por alcohol para chicos y chicas.

b) Factores Individuales

- Expectativas hacia el alcohol: la investigación ha vinculado las expectativas positivas hacia el alcohol con los patrones de consumo habitual de esta sustancia y con un mayor riesgo para el desarrollo de abuso de alcohol y dependencia. Aunque la mayoría de los estudios demuestran una mayor relación entre las expectativas positivas y variables por consumo de alcohol en los hombres que a las mujeres (COOPER, ML. et al., 1992; JOHNSON, PB. & GLASSMAN, M. 1999), las conclusiones sobre la relación entre las expectativas hacia el alcohol de los hombres y las mujeres no son concluyentes. Algunos hallazgos entre la

población adolescente señalan que no imitan los patrones de género de adultos (CHEN, MJ. et al., 1994). Asimismo, los resultados indicaron patrones muy similares en cuanto al impacto de las expectativas sobre el uso de alcohol entre chicos y chicas. Curiosamente, las expectativas positivas son más similares entre géneros que las expectativas negativas, un patrón que no se refleja en los adultos. Además, estas creencias negativas sobre el consumo de alcohol tienen un impacto diferencial en la frecuencia de consumo para chicos y chicas.

- ▶ Características de la personalidad: el autocontrol del comportamiento y la afectividad negativa operan de manera similar en los niños y niñas durante el desarrollo temprano y se asocian con un aumento del consumo de alcohol tanto en las chicas y los chicos durante la adolescencia (MARTIN, CS. et al., 2000), de modo que no existe una evidencia sólida que confirme la existencia de diferencias de género en el autocontrol conductual y su relación con los problemas con el alcohol.

c) Procesos de socialización

- ▶ Entorno familiar/control parental: existe evidencia de la relación entre la supervisión paterna, el consumo de alcohol (SCHINKE, SP: et al., 2008) y las intenciones futuras de las chicas de usar alcohol (TILDESLEY, EA. & ANDREWS, JA. 2008), lo que sugiere que este control puede ser un factor de protección más fuerte en las niñas que en los niños, mientras que los niños pueden ser influidos con mayor fuerza por una combinación de factores sociales.
- ▶ Relaciones con sus compañeros: autores como Hawkins et al. (1992) sugieren que la pobre supervisión paterna vincula la desregulación emocional en los adolescentes con una red de amigos rebeldes, que a su vez, promueven el consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento. Dado que las normas culturales dictan un doble estándar para la vigilancia y el castigo de la desviación de las chicas y los chicos, esta discrepancia entre géneros actuaría como un factor protector contra la asunción de riesgos para las adolescentes (BYRNES, J. et al., 1999), mientras que los varones tienen más la libertad de interactuar con compañeros que enseñan y refuerzan el uso del alcohol.
- ▶ Percepción de las normas relativas al consumo: los adolescentes a menudo sobreestiman la cantidad y la frecuencia con que sus pares consumen alcohol (BAER, JS: et al., 1991; JACOBS, JE. & JOHNSTON, KE. 2005). Estas percepciones erróneas acerca de la norma colectiva influyen en la edad de inicio al consumo y en la escalada del consumo de alcohol. La percepción de las normas relativas al consumo de alcohol entre iguales del mismo sexo está más fuertemente asociada con los problemas con el alcohol que las normas no específicas de género. Lewis y Neighbors (2004) evaluaron un grupo de estudiantes universitarios para determinar las diferencias de género en las percepciones de las normas sobre el consumo de alcohol, y constataron que los chicos sobrestimaron significativamente los consumos de alcohol realizados por sus iguales para ambos sexos, y que todos los estudiantes perciben que las chicas beben con menos frecuencia y

consumen menos bebidas alcohólicas a la semana que los chicos. Además, encontraron que las percepciones del mismo sexo de las normas de consumo de alcohol eran más predictivas del consumo personal de alcohol para las chicas que para los chicos. Cuando los adolescentes mayores entran en la edad adulta, la creencia que percibe que es típico de las mujeres consumir menos alcohol que sus homólogos varones (condicionada por la interacción con el rol de género) sirve como factor protector frente a la escalada de su uso entre las mujeres.

- Socialización y roles de género: las actitudes y las expectativas con respecto a la aceptabilidad de la bebida y la embriaguez están influenciadas por las creencias incorporadas en los roles tradicionales de género (LANDRINE, H. et al., 1988), lo que provoca que los hombres, en parte, beban más que las mujeres con el fin de ajustarse al rol tradicional de la masculinidad. Por el contrario, las chicas y mujeres que se ajustan a las características femeninas estereotipadas (la virtud, la crianza, emocionalidad) son más propensas a informar de una menor participación en el consumo de alcohol (RICCIARDELLI, LA. et al., 2001).
- Aunque las identidades de género influyen en el uso del alcohol en ambos sexos, sus efectos son más fuertes entre los adolescentes varones, debido a que las actitudes específicas de género son constantemente reforzadas para los chicos, a través de la influencia de los padres, los iguales y los medios de comunicación (HUSELID, RF. & COOPER, ML. 1992). La investigación señala que las chicas tienen más probabilidades que los chicos de presionar a amigos del mismo sexo a no beber (KEEFE, K. 1994). Con el tiempo, parece que el refuerzo continuo a través de distintos contextos de estos roles de género relacionados con la bebida puede contribuir a la existencia de trayectorias divergentes en la progresión en el consumo de alcohol observadas posteriormente en los hombres y las mujeres jóvenes.

PUNTO CLAVE

Mientras que el inicio del consumo de alcohol puede estar fuertemente influenciado por la genética y el modelado en el entorno familiar, el aumento del consumo o el uso problemático están condicionados por factores sociales, afectivos y biológicos que funcionan de forma diferente para hombres y mujeres (SCHULTE MT. et al., 2009).

9.5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

La literatura destaca la correlación existente entre el uso problemático de drogas y una variada gama de comportamientos problemáticos, señalando que los problemas de conducta preceden e influyen en el inicio temprano del consumo de cannabis y que el género ejerce influencias específicas. Algunos estudios (COGGANS, N. 2008) indican que los problemas graves de conducta son un importante predictor de la iniciación de cannabis en los varones, mientras que los problemas de conducta agresiva y encubierta predijeron el inicio de cannabis en las niñas.

Varias investigaciones destacan que ser varón predice un uso más intenso del cannabis (BUTTERS, J.E. 2005) y que las chicas son más sensibles a la desaprobación del consumo por parte de los padres y son más cautelosas en la selección de sus pares, factores que brindarían una protección adicional a las adolescentes (BUTTERS, J.E. 2004).

La calidad de la comunicación con el padre actuaría como factor de protección contra el consumo de marihuana en los hijos varones (LUK, JW. et al., 2010).

La investigación confirma que el uso de anfetaminas entre las chicas está vinculado al deseo de perder peso (NIDA, 2002), que para mantener la imagen idealizada de la feliz chica delgada, recurren a las drogas de diseño que contienen anfetaminas. El uso de las sustancias entre las chicas para ayudar en la pérdida de peso lleva a una condición psiquiátrica comórbida con desórdenes alimenticios relativamente común. La coexistencia de consumo de sustancias y los trastornos alimentarios es muy elevada (CRAIG, S.E. 1997), existiendo evidencia adicional de que los trastornos alimentarios preceden a la aparición del uso de la sustancia y que la presencia de trastornos de la alimentación tiende a acelerar los problemas relacionados con el uso de sustancias (KUMPFER, K. et al., 2008).

PUNTOS CLAVES

- **Entender las diferencias de género en el inicio y desarrollo de los problemas de uso de sustancias es importante para mejorar la práctica de prevención y su eficacia en la promoción de un desarrollo saludable de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.**
- **Las conexiones positivas con los adultos y el apoyo entre pares saludables son factores de protección para las chicas y las mujeres jóvenes.**
- **Es importante fortalecer no sólo los factores de protección individuales, sino también los factores ambientales que influyen en las chicas y las mujeres jóvenes incluyendo el hogar, la escuela, los compañeros y la comunidad.**

10

IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES

La investigación confirma la existencia de diferencias significativas en función del género en las consecuencias derivadas del consumo de sustancias. Existe evidencia de que las mujeres son particularmente vulnerables a los efectos físicos del alcohol, el tabaco y otras drogas. Aunque, en general, las mujeres registran niveles más bajos de uso y consumo problemático de sustancias en comparación con los hombres, soportan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud relacionados con las sustancias.

Un informe del Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, EE.UU. (CASA, 2003b) destaca que las chicas y las mujeres jóvenes tienden a experimentar consecuencias para la salud más adversas que los chicos y los hombres jóvenes, tales como un mayor daño pulmonar relacionado con el tabaco o un mayor riesgo de daño cerebral, problemas cardíacos y enfermedad hepática inducida por el consumo de alcohol.

Una guía elaborada por el British Columbia Centre of Excellence for Women's (2010) que analiza el impacto del consumo de drogas sobre la salud de las mujeres, destaca los siguientes efectos:

- Las mujeres están en situación de riesgo para desarrollar problemas de salud a largo plazo asociados con el consumo de sustancias, tales como enfermedades hepáticas, problemas cardíacos, cáncer, problemas gastrointestinales, daño cerebral y adicción (NIAAAA, 1999; POOLE, N. 2005).
- El uso de sustancias en la adolescencia tiene ciertos riesgos específicos de género, por ejemplo, puede afectar negativamente a la pubertad y perturbar el normal funcionamiento del sistema reproductivo-sexual de las mujeres (EMANUELE, M.A. et al., 2002).
- Las mujeres jóvenes en edad fértil que consumen alcohol u otras sustancias soportan un mayor riesgo de embarazos no deseados debido a relaciones sexuales sin protección y no planificadas. La intoxicación puede hacer que las mujeres jóvenes sean más vulnerables a la violación, los asaltos sexuales y relaciones sexuales sin protección (ABBEY, A. 2002; SILVERMAN, J.G. et al., 2001) y aumentar su vulnerabilidad al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (COOK, R.L. et al., 2002).

Además de problemas de tipo físico, las mujeres que abusan de sustancias tienen un mayor riesgo de padecer problemas psicológicos (ALVAREZ, J. et al., 2004; BRADY, K.T. & RANDALL, C. 1999; CHANDER, G. & MCCAUL, M.E. 2003; GENTILELLO, L.M. et al., 2000; OAS, 2004). Los antecedentes de problemas psicosociales es más probable que estén asociados con el consumo de sustancias entre las mujeres, incluyendo los trastornos psiquiátricos comórbidos como la depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar, fobias, trastornos psicosexuales, trastornos

de la alimentación, o el trastorno de estrés postraumático (BOYD, C.J. 1993; BRADLEY, KA. et al., 1998; DENIER, C.A. et al., 1991; FORNARI, V. et al., 1994; INSTITUTE OF MEDICINE, 1990; MERIKANGAS K.R. & STEVENS, D.E. 1998; NAJAVITS, L.M. et al., 1997).

Un análisis de la relación entre la edad de inicio al uso de sustancias y la aparición de trastornos afectivos y de ansiedad mostró que la aparición de trastornos psiquiátricos precedió a la aparición de los trastornos por consumo de sustancias con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (KESSLER, R.C. et al, 1997). Además, las mujeres dependientes de sustancias tienen más probabilidades de necesitar ayuda por problemas emocionales a una edad más joven y de tener intentos de suicidio que los varones drogodependientes (HASELTINE, F.P. 2000).

Existe una amplia evidencia que vincula el uso de sustancias por parte de las mujeres a acontecimientos estresantes o traumáticos, incluyendo el maltrato físico o los abusos sexuales, la enfermedad física repentina, los accidentes o la interrupción de la vida familiar (BRADY, T.M. et al., 2005). A menudo las mujeres usan el alcohol u otras drogas para automedicarse, en un esfuerzo para hacer frente a estos eventos traumáticos (MIRANDA, R. et al, 2002; TEUSCH, R. 2001; YOUNG, A.M. et al, 2002). Las mujeres con problemas de consumo de sustancias son significativamente más propensas que los hombres a haber sufrido episodios recientes de abuso físico, emocional o sexual (GENTILELLO, L.M. et al., 2000; GREEN, C.A. et al., 2002; KALICHMAN, SC. et al., 2007; MOROJELE, NK. et al., 2006; WECHSBERG, W.M. et al., 1998).

10.1. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El género introduce diferencias en muchos factores relacionados con el uso y el abuso del alcohol, incluyendo el metabolismo del alcohol, los patrones de consumo problemáticos, la progresión del alcoholismo, la neurobiología, la actividad hormonal y las comorbilidades psiquiátricas que influyen en la estructura y el funcionamiento del cerebro (RUIZ, SM. & OSCAR-BERMAN, M. 2013). Si bien los hombres son más propensos a beber alcohol y a ingerir mayores cantidades, las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas por consumo de alcohol. Además las mujeres desarrollan daños con niveles más bajos de consumo durante un período de tiempo más corto (NIAAA, 2004).

Una amplia evidencia acredita que las mujeres son más vulnerables que los hombres a los efectos del alcohol y más sensibles a sufrir lesiones en los órganos relacionados con el mismo (REHM, J., et al., 2004). Las mujeres tienen un umbral más bajo a los efectos del alcohol, de modo que se intoxican más rápido y permanecen más tiempo intoxicadas que los hombres con cantidades idénticas de alcohol, debido a que alcanzan mayores concentraciones de alcohol en sangre con la misma ingesta (SWIFT, R. 2003). La mayor vulnerabilidad femenina a los efectos del alcohol se ha relacionado con su menor peso, hígados más pequeños, el menor contenido de agua y el mayor contenido de grasa en el cuerpo de la mujer, además de con el hecho de que las enzimas encargadas de metabolizar el alcohol son menos eficientes en las mujeres (WILSNACK, R.W. et al., 2013) Todos estos factores contribuyen a ralentizar

la descomposición de alcohol en el cuerpo, incrementando su concentración en la sangre de las mujeres y elevando el riesgo de daños en el hígado y el cerebro (LAGRO-JANSSENT, T. et al., 2008).

En cualquier nivel de consumo, las mujeres parecen estar más expuestas a sufrir los daños crónicos producidos por el alcohol. Además, en el largo plazo, las mujeres que beben con frecuencia tienden a experimentar los efectos negativos sobre su salud más pronto que los hombres (HARRISON, S. & INGBER, E. 2004).

Diferentes estudios han evidenciado que las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir enfermedades hepáticas como cirrosis y hepatitis (GENTILELLO, LM. et al., 2000), para cualquier nivel de consumo de alcohol (BECKER, U. et al., 1996). La forma en que las mujeres absorben, distribuyen, eliminan y metabolizan el alcohol aumenta su vulnerabilidad a los problemas relacionados con el mismo (MUMENTHALER, MS. et al., 1999; WASILOW-MUELLER, S. & ERICKSON, CK. 2001). El hígado de la mujer parece ser más sensible al efecto tóxico de la ingestión crónica de alcohol que el del varón (COLANTONI, A. et al., 2003). Las mujeres desarrollan la enfermedad hepática alcohólica después de períodos relativamente cortos y menos intensos de ingesta de alcohol que los hombres. Una de las razones de las diferencias de género en la enfermedad hepática alcohólica es que las mujeres alcanzan mayores concentraciones de alcohol en sangre que los hombres después de beber cantidades equivalentes de alcohol (BRADLEY, KA. et al., 1998; FREZZA, M. et al., 1990; REDGRAVE, G.W. et al., 2003).

La mayoría de los estudios sugieren que las mujeres son más vulnerables que los hombres a las consecuencias neurológicas adversas del alcoholismo (NIAAA, 1999; PRENDERGAST, M.A. 2004). Las mujeres también pueden ser más susceptibles que los hombres a los problemas cardíacos relacionados con el alcohol (BLUM, N.L. et al., 1998; PIANO, M.R. 2002). Algunos estudios sugieren que las mujeres sufren mayor deterioro cognitivo y motor debido al alcohol que los hombres (SCHULTE, MT. et al., 2009).

Un estudio que examinó los registros médicos y entrevistó a los sujetos de investigación durante un período de 2 años, mostró que las mujeres que abusaban o dependían del alcohol reportaron un peor funcionamiento físico, una peor salud física y mental y un mayor deterioro en comparación con sus homólogos masculinos (GRAZIER, K.L. 2001).

Las mujeres que beben en exceso presentan también riesgos más elevados de hipertensión, osteoporosis, contracción y deterioro cerebral, cáncer de mama y gástrico y de úlceras (NIAAA, 2003). Las mujeres con problemas de alcohol tienen una variedad de problemas de salud sexual/reproductiva e incluso niveles bajos de consumo de alcohol pueden alterar el ciclo menstrual normal (POOLE, N. 2003). Beber durante la adolescencia y los años de adulto joven puede comprometer gravemente la salud ósea y aumentar el riesgo de osteoporosis (EMANUELE, M.A. et al., 2002). El consumo excesivo de alcohol por las mujeres durante el embarazo incrementa significativamente el riesgo de tener un hijo afectado por Trastorno Fetal Alcohólico.

Varias investigaciones acreditan que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer de mama (ALLEN, NE. et al, 2009; BOYLE, P. & BOFFETTA, P. 2009; SEITZ, HK. et al., 2012). Se ha observado que existe una modesta relación entre el volumen de alcohol consumido y el cáncer de mama, de modo que cuanto más alcohol se consume en promedio, mayor es el riesgo de cáncer de mama, con un aumento en el riesgo ya demostrado de una consumición por día (BAAN, R. et al., 2007; HAMAJIMA, N. et al., 2002).

El género también condiciona la mortalidad asociada al consumo de alcohol, claramente superior entre los hombres. En el año 2012 el 7,6% de todas las muertes de varones eran atribuibles al alcohol, frente al 4,0% en el caso de las mujeres. Los hombres también tienen una tasa de carga total de morbilidad atribuible al alcohol muy superior a las mujeres (7,4% frente a 2,3%), si bien la tendencia es a que se reduzcan estas diferencias. La mayor carga de la enfermedad entre los hombres se explica en gran medida por el hecho de que en comparación con las mujeres, registran un menor porcentaje de abstemios, beben con más frecuencia y en mayor cantidad (WHO, 2014).

Una de las primeras diferencias de género identificadas en relación al alcoholismo fue el denominado “efecto telescópico” (ASHLEY, MJ. et al. 1977), que alude al hecho de que a pesar de que las mujeres se inician más tarde el consumo de alcohol, progresan más rápidamente a través de las distintas etapas que conducen al alcoholismo y muestran síntomas físicos del alcoholismo tras un periodo de abuso más corto que los hombres (DIEHL, A. et al., 2007; PIAZZA, NJ. et al., 1989; RANDALL, CL. et al., 1999). Este efecto se ha observado también en otras drogas, incluyendo los opiáceos, la marihuana y la cocaína (BECKER, JB. & HU, M. 2008). Sin embargo, estudios recientes señalan que, en paralelo a la reducción de la brecha de género en las tasas de abuso de alcohol, se están atenuando las diferencias de género en la progresión del alcoholismo entre los adultos más jóvenes, lo que supondría que el efecto telescópico sería sólo apreciable entre los adultos mayores (KEYES, KM. et al., 2010; KEYES, KM. et al., 2011; RANDALL, CL. et al., 1999).

Otra diferencia relacionada con el género es que los hombres con adicción al alcohol generalmente tienen cónyuges no bebedores que cuidan de ellos, mientras que la mitad de las mujeres adictas tienen parejas que también son adictos, lo que altera seriamente su vida familiar y social. Los hombres que abusan del alcohol son a menudo violentos y tienden a involucrarse en la violencia y el abuso contra sus parejas (LAGRO-JANSSENT, T. et al., 2008; NATERA, G. et al., 2005).

El uso y abuso de alcohol provoca consecuencias diferentes en función del género más allá de los efectos descritos a nivel orgánico, entre los que destacan la importante exposición a la violencia de género de las mujeres y su mayor estigmatización social, que se evidencia en los diferentes entornos en que beben (las mujeres beben con mayor frecuencia en el ámbito privado y los hombres más frecuentemente en lugares públicos). Esto contribuye a la invisibilidad de los problemas de abuso de alcohol entre las mujeres, haciendo menos probable que busquen ayuda por estos problemas.

El Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, EE.UU (CASA, 2006) señala las siguientes consecuencias derivadas del consumo de alcohol para las chicas jóvenes:

- Problemas académicos, mala salud general, problemas menstruales, problemas de salud mental, accidentes y el desarrollo de problemas de dependencia del alcohol y otras drogas.
- Riesgo de suicidio: se estima que el alcohol está implicado en el 8% de los suicidios de chicas adolescentes. Las chicas adolescentes que beben frecuentemente tienen seis veces más probabilidades de intentar suicidarse que las chicas que nunca beben.
- Violencia: las chicas adolescentes que beben tienen un mayor riesgo de sufrir violencia física y sexual a manos de su pareja. El alcohol también las sitúa en riesgo de exhibir conductas violentas.
- Relaciones sexuales de riesgo: las chicas que beben tienden a tener más relaciones sexuales, tenerlas de forma más temprana y tener sexo con más parejas que las adolescentes que no beben. Las chicas adolescentes que beben tienden más que las que no beben a tener relaciones sexuales sin protección, lo que las coloca en riesgo de embarazos no deseados y de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

10.2. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE TABACO

Hombres y mujeres comparten muchos de los efectos nocivos para la salud derivados del consumo de tabaco, incluyendo las enfermedades cardiovasculares y respiratorias (enfisema, bronquitis, etc.) y una amplia gama de cánceres. Existen no obstante algunas diferencias, así si bien el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres, el mismo progresa más rápido en las mujeres (POOLE, N. 2005). Además en las mujeres el tabaco causa complicaciones en el embarazo y en el posparto que afectan a la salud del feto y de los niños que viven en el mismo hogar (MACKAY, J. & AMOS, A. 2003; SAMET, JM. & YOON, SY.2001; WHO, 2004a).

Diferentes investigaciones señalan que las mujeres son desde un punto de vista biológico más vulnerables a los efectos nocivos del tabaco (FERNÁNDEZ, E. et al., 2001; VITERI, S.A. 2001; WASILOW-MUELLER, S. & ERICKSON, C. 2001). Una amplia evidencia confirma que las mujeres que fuman tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar una enfermedad relacionada con el tabaquismo que los hombres (MENDELSON, C. 2011). Un meta-análisis de 19 estudios encontró que las mujeres fumadoras registraban un aumento en el riesgo global del 35% en comparación con los hombres para una serie de enfermedades graves relacionadas con el tabaco, como el accidente cerebrovascular, el infarto agudo de miocardio y diversos tipos de cáncer. En los fumadores pesados el riesgo adicional para las mujeres fue sustancialmente mayor (MUCHA, L. et al., 2006). Las mujeres que fuman también tienen un 60% más de riesgo de enfermedad coronaria en comparación con los hombres, un riesgo que entre las fumadoras que toman anticonceptivos orales es 10 veces mayor (TAN, YY. et al., 2010). Este riesgo aumenta con la edad y los cigarrillos/día fumados.

Informes del Cirujano General de los Estados Unidos (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001) y de la Asociación Médica Británica (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2004) señalan las graves consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres

derivadas del hábito de fumar, tales como la disminución de la fertilidad, la anticipación de la menopausia, menstruaciones más sintomáticas, un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares, diez veces más riesgo de sufrir un ataque al corazón entre las mujeres que usan anticonceptivos orales y fuman y una mayor probabilidad de sufrir cáncer de cuello de útero y de mama.

Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de infertilidad primaria y secundaria, de embarazo ectópico y de aborto espontáneo, además son 3 veces más propensas a experimentar retraso en la concepción que aquellas que no lo hacen (LOMBARDI, EM. et al., 2011). Un estudio de casos y controles demostró que las mujeres que empiezan a fumar en la adolescencia y las que realizan un mayor consumo de tabaco tienen un riesgo más alto para el síndrome premenstrual y ciclos menstruales irregulares que quienes no fuman (BERTONE-JOHNSON ER. et al., 2008). Las mujeres postmenopáusicas que fuman tienen una densidad ósea inferior y un mayor riesgo de osteoporosis y fractura de cadera, en comparación con las que no fuman (REICHERT, VC. et al., 2009).

El tabaquismo es la primera causa prevenible de muerte y enfermedad entre las mujeres y la tendencia es que su incidencia siga aumentando en los próximos años. Son muchas las consecuencias negativas del tabaco en la salud de la mujer. El fumar es la causa principal de los cánceres de boca y faringe, vejiga, hígado, colon y recto, de cuello del útero, de páncreas y riñón. El fumar es también la causa fundamental de enfermedad coronaria en la mujer, aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, de aneurisma de aorta abdominal y de aterosclerosis carótida. Asimismo, es la causa primera de enfermedad obstructiva pulmonar crónica. El riesgo aumenta con el número de cigarrillos fumados y la duración del hábito de fumar (GARCÍA, L. et al., 2002).

La asociación entre el cáncer de mama y el tabaquismo sigue siendo controvertida en la literatura. Un meta-análisis (JOHNSON, KC. 2005) sugiere que fumar de forma activa y pasiva se correlaciona positivamente con el desarrollo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas. Diversos estudios han informado de que las fumadoras activas tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer de mama (EGAN, KM. et al., 2002; NAGATA, C. et al., 2006).

Un estudio prospectivo con más de 40.000 participantes que evaluó el riesgo de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo (BJARTVEIT, K. & TVERDAL, A. 2005) reveló que las mujeres que fumaban 1-4 cigarrillos/día tenían 3 veces más probabilidades de morir de enfermedad coronaria y 5 veces más probabilidades de morir de cáncer de pulmón que las que no fumaban, lo que sugiere que incluso los llamados fumadores ligeros estaban en un alto riesgo de enfermedad.

Las mujeres premenopáusicas metabolizan la nicotina más rápido que los hombres y las mujeres posmenopáusicas, y tienen niveles de nicotina en sangre significativamente más bajos para el mismo número de cigarrillos. También las mujeres que toman la píldora anticon-

ceptiva oral metabolizan la nicotina más rápido todavía, proceso que se acelera aún más en el embarazo (BENOWITZ, NL. et al., 2006; DEMPSEY, D. et al., 2002). Los síntomas de abstinencia a la nicotina son igualmente de severos en los hombres y en las mujeres (CEPEDA-BENITO, A. et al., 2004).

Problemas de salud específicos de género derivados del consumo de tabaco.

Problemas de salud	Efecto del tabaco
Cáncer cervical	RR: 1.83
Cáncer de ovario mucinoso	RR: 2.10
Cáncer de mama	44% más de riesgo entre mujeres con N-acetiltransferasa 2 (NAT2) acetilación genotipos lentos
Cáncer de endometrio	Reducción del 25% en mujeres posmenopáusicas
Infertilidad femenina	OR: 1,6 Retraso de 2 meses en la concepción
Reproducción asistida	OR: 0.54
Dismenorrea	OR: 1.37
Menopausia	1-4 años antes

FUENTE: MENDELSON, C. (2011). RR = riesgo relativo OR = odds ratio

Una gran proporción de las mujeres dejan de fumar durante el embarazo debido probablemente a una mayor percepción de los riesgos involucrados y a un sentido de responsabilidad para el feto durante el embarazo. Sin embargo, sólo un tercio de esas mujeres permanecen abstinentes durante al menos 12 meses (LUMLEY, J. et al., 2009).

10.3. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Es sabido que el uso de tranquilizantes puede ser adictivo, incluso a dosis estándar, si se toman durante varias semanas, pese a lo cual estos fármacos son prescritos a mujeres durante períodos mucho más largos. El abandono de su consumo o la reducción gradual de su uso provocan una amplia gama de síntomas de abstinencia que van desde una mayor ansiedad, ataques de pánico, síntomas parecidos a la gripe, hipersensibilidad a la luz, depresión, inquietud, falta de la memoria, dificultades de concentración, mareos, debilidad, temblores, palpitaciones, sudoración, náuseas, dolores de indigestión y corporales (ASHTON, C.H. 2002).

Distintas organizaciones que trabajan en el campo de la salud llevan décadas denunciando la excesiva prescripción benzodicepinas y de otros psicofármacos a las mujeres y las graves consecuencias para la salud derivadas de esta práctica, atendiendo a la capacidad adictiva de estas sustancias (CURRIE, J.C. 2003). La investigación ha mostrado que las mujeres que consumen sedantes, ansiolíticos o hipnóticos sin prescripción médica tienen el doble de probabilidades que los hombres de hacerse adictas (GARCÍA, L. et al., 2002).

10.4. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Los efectos en la salud del consumo de drogas ilícitas pueden variar entre las mujeres, así como entre las mujeres y los hombres.

Algunas investigaciones (LIECHTI, M.E. et al., 2001) informan que el éxtasis afecta a las mujeres diferente que los hombres, se modo que las mujeres sufren de manera más intensa cambios de percepción y problemas de toma de decisiones, así como más efectos a largo plazo tales como la depresión, cambios de humor, paranoia y ansiedad.

Con respecto al cannabis hasta el momento no se han verificado diferencias en función del género en los efectos más adversos que los hombres, con la salvedad de las repercusiones que esta sustancia tiene durante el embarazo para la mujer.

11

EVIDENCIAS SOBRE LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

11.1. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Dado que los factores de riesgo y de protección ejercen una distinta influencia sobre las chicas y los chicos y que los significados de los consumos de drogas difieren en ambos colectivos, parece lógico que la eficacia de los programas de prevención deba ser analizada en términos de sus respectivos impactos en ambos sexos (VIGNA-TAGLIANTI, F. et al., 2009). Pese a ello, las evaluaciones realizadas en las últimas décadas para conocer la efectividad y el impacto de los diferentes programas y estrategias preventivas han obviado sistemáticamente la perspectiva de género, ante la falsa premisa de que los programas basados en la evidencia resultaban igual de efectivos para los niños y las niñas. Como consecuencia, se desconoce en qué medida los programas de prevención con base en la evidencia que actualmente promueven distintas instituciones y entidades sociales son o no efectivos para las chicas y los chicos. No obstante, algunas revisiones de los programas implementados hasta al momento aportan alguna limitada evidencia.

La necesidad de incorporar el análisis de género a los programas de prevención basados en la evidencia fue puesta de relieve por uno de los estudios longitudinales más grandes realizados en el campo de la salud pública, que encontró efectos negativos para las mujeres participantes en comparación con los efectos positivos para los participantes masculinos. Los resultados del estudio CSAP Cross-site Community Partnership Cross-Site Study Estudio (YIN, R.K. & KAFETARIAN, S. 1998), que contó con una muestra aleatoria de 83.473 sujetos, integrada por escolares de 8 ° y 10 ° grado (13 a 15 años) y adultos en sus hogares y que utilizó un pre-test basal y un post-test a los 18 meses del inicio del programa, reveló que se encontraron efectos positivos estadísticamente significativos en la reducción del consumo de alcohol y otras drogas entre los chicos de 8° y 10° grado y los varones adultos, sin que se encontraran efectos positivos para las chicas o las mujeres adultas (de hecho, se descubrió un efecto negativo significativo sobre el uso de drogas en las chicas de 8° grado). Así pues, los resultados de las intervenciones preventivas promovidas por las comunidades participantes en la coalición evidencian que las mismas no tuvieron ningún efecto estadísticamente significativo sobre las chicas (KUMPFER, K.L. et., 2008).

Una extensa revisión de la eficacia de los programas de prevención del uso y abuso de sustancias (BLAKE, S.M. et al., 2001) destaca que un número relativamente amplio de programas han demostrado su éxito en la reducción del inicio al tabaquismo y en la continuidad en el uso de esta sustancia entre las chicas. Sin embargo, son pocos los programas basados en la evidencia que informaron de la reducción de la iniciación y/o el uso de alcohol u otras drogas. Específicamente, encontraron que 11 de los 28 programas de prevención del consumo de sustancias incluidos en

la revisión que informan de las diferencias de género en sus resultados parecían ser efectivos para reducir el inicio al consumo de tabaco o reducir su prevalencia de uso entre las chicas. Sólo cuatro de los programas analizados indicaron reducciones significativas en el consumo de sustancias distintas al tabaco entre las chicas (BOTVIN, G.J. 1990; GRAHAM, JW. et al., 1990; VITARO, F. et al., 1994; WEISS, F. & NICHOLSON, H. 1998), tres de ellos reportaron reducciones en el inicio y/o el uso de marihuana entre las chicas y dos también reducciones en la iniciación al consumo y el uso de alcohol. Los efectos de estos programas en la reducción de sustancias distintas al tabaco fueron constatados únicamente a corto plazo (a 1 año de seguimiento). Los componentes críticos o características básicas de los programas que se mostraron efectivos para la prevención del consumo de tabaco entre las chicas fueron:

- Se desarrollaron desde edades muy tempranas (entre los 6 y los 10 años),
- La intervención se mantuvo durante un plazo relativamente prolongado (por lo menos durante 2 a 6 años).

Las intervenciones implementadas en el contexto de estos programas incluyen intervenciones para mejorar la asertividad y la resistencia social, estrategias que podrían tener un impacto mayor en las chicas que en los chicos. Los programas con mayores tasas de éxito para la prevención del tabaquismo las niñas tendrían tres elementos generales comunes:

- a) Enseñan explícitamente a las niñas habilidades de resistencia, reduciéndose así su vulnerabilidad a la presión para usar sustancias que pueden ejercer sus amigos y compañeros sentimentales.
- b) Destacan la importancia de reducir las influencias sociales negativas, enseñando a las niñas habilidades importantes que necesitan para evitar la influencia de pares antisociales y aumentar su red de pares prosociales.
- c) Alteran la influencia negativa de las normas sociales percibidas asociadas con el consumo de drogas, que podrían resumirse en "todo el mundo lo hace", mostrando las tasas reales de consumo de sustancias.

La evaluación de algunos programas centrados en el entrenamiento de habilidades sociales (un componente básico de la mayoría de los programas preventivos) muestra efectos contrapreventivos entre las chicas. Palinkas y colaboradores (1996) reportaron un efecto iatrogénico para la iniciación de la marihuana, de manera que las chicas de 14 a 19 años que participaron en un grupo de intervención para la mejora de habilidades sociales registraron una tasa de iniciación al consumo de marihuana casi tres veces mayor al de las chicas del grupo de control. Asimismo, un análisis de las redes de amistades constató un aumento de la asociación con compañeros que consumen drogas de mayor edad, previsiblemente la razón por la cual estas chicas aumentaron el uso de esta sustancia. Se ha barajado explicaciones alternativas de los efectos negativos de este programa de entrenamiento en habilidades sociales, entre ellas el hecho de que el programa agregara niñas de alto riesgo en grupos. También se ha destacado que, puesto que las niñas

maduran antes que los chicos, el aumento de las habilidades sociales y la autoconfianza pueden permitir que las chicas de alto riesgo se asocien con chicos mayores, que pueden favorecer su exposición al alcohol y a otras drogas.

Una revisión de la literatura científica realizada por Kumpfer y colaboradoras (2008), dirigida a analizar si los programas de prevención son o no igual de efectivos para las chicas que para los chicos, constató que se han desarrollado muy pocos programas con un enfoque de género y que son muy escasos los programas que han publicado sus resultados en función del género de las poblaciones destinatarias. Los resultados aportados por los programas desarrollados en los Estados Unidos a escala nacional en el marco de la Nationwide Community Coalition muestran que los programas tuvieron efectos positivos en los chicos, pero aumentaron el consumo de drogas en las chicas. Asimismo, constató que los programas más eficaces para las chicas eran los centrados en la familia y que estaban dirigidos a fortalecer las relaciones familiares (vinculación familiar), la supervisión paterna y la comunicación entre padres e hijos.

PUNTO CLAVE

La cuestión de si los programas de prevención basados en la evidencia funcionan igual de bien para las chicas y los chicos sigue sin tener respuesta precisa, puesto que no hay suficiente evidencia de investigación publicada para confirmarlo. Tampoco sabemos si diseñar programas basados en la evidencia con un enfoque más específico de género mejoraría sus resultados para las chicas (KUMPFER, KL. et al., 2008). La única excepción son los programas para la prevención del tabaquismo, en los que hay publicados suficientes resultados de la investigación con análisis de género que sugieren que sus efectos son más intensos para las niñas (BLAKE, S. et al., 2001).

Aunque hay muy poco conocimiento científico sobre qué tipo de intervenciones preventivas podrían ser particularmente eficaces para las mujeres, existen algunas pruebas de que los enfoques dominantes de los programas de prevención actuales benefician más a los hombres que a las mujeres. La Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo (SAMHSA, 2002) documenta reducciones estadísticamente significativas en el consumo regular de sustancias por parte de los chicos, pero no de las chicas en las comunidades participantes en la coalición. Entre las explicaciones sobre por qué los esfuerzos de prevención de la comunidad no produjeron cambios en el uso de sustancias entre las chicas, los autores de la evaluación señalan que podría deberse a que muchas de las actividades preventivas del uso de drogas de la comunidad se dirigen implícitamente a varones. Por ejemplo, una estrategia común es apoyar actividades alternativas, como una manera de desviar jóvenes de uso de sustancias, unas actividades que pueden beneficiar más a los varones.

La Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo, un estudio de cinco años iniciado en 1995 a instancias del Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP) con un diseño riguroso de investigación que incluyó un grupo cuasi-experimental de más

de 6.000 participantes en 48 programas de prevención para jóvenes de alto riesgo y un grupo control integrado por más de 4.500 jóvenes de similares características en las mismas comunidades que no participaban en los programas, aporta importantes conclusiones sobre la efectividad de los programas objeto de estudio en la prevención del uso de sustancias. Los resultados globales del estudio apoyan la conclusión de que las niñas y niños responden de manera diferente a los programas de prevención para los jóvenes de alto riesgo. Si bien los programas acreditan la reducción de las tasas de consumo de sustancias tanto en chicos como en chicas, en comparación con otros jóvenes que no han participado en los programas, estos muestran diferentes patrones de efecto del programa en función del género. El análisis de los efectos preventivos en los cuatro períodos de observación contemplados en el estudio muestra que la tasa de consumo de sustancias para los varones participantes en el grupo de intervención a la salida del programa era un 29% más baja que la de los jóvenes del grupo control. Para las mujeres, la diferencia entre las participantes en los programas y el grupo de control a la salida del programa era de sólo un 3%.

Cuando se realizan análisis independientes para chicos y chicas mientras están participando en los programas, los resultados muestran una disminución estadísticamente muy significativa del uso de drogas entre los varones, en relación con los chicos del grupo de control. En el caso de las chicas las diferencias con el grupo de comparación no son significativas en el momento de la salida del programa. En suma, los resultados globales agrupados de estos programas sugieren que, en promedio, los chicos utilizan menos sustancias mientras participan en un programa, en tanto que no resulta evidente ningún efecto inmediato sobre el consumo de sustancias en las chicas, lo cual no quiere decir que ninguno de los programas beneficie a las chicas mientras participan en los mismos.

Las mujeres participantes en los programas mostraron una evolución más positiva que las chicas del grupo control respecto al uso de las sustancias, cuando se consideran las tasas de uso a los 6 y los 18 meses después de la salida del programa. Las tasas de uso de sustancias de las chicas participantes en los programas y las del grupo de control divergen de manera constante a lo largo del período de estudio, con tasas de uso de sustancias que crecen de forma mucho menos pronunciada para las chicas participantes en los programas respecto de las del grupo control (a los 18 meses de la salida del programa existía una brecha del 9% entre las chicas de ambos grupos). Por el contrario, las tasas de uso por parte de los chicos participantes en los programas se acercan a las de los varones del grupo de control una vez finalizados los programas de prevención. Estos datos sugieren que, en promedio, los beneficios sobre el consumo de sustancias en una gama de programas de prevención basados en la comunidad son evidentes para los chicos mientras se encuentran en los programas, pero se disipan con el tiempo. Por otro lado, en promedio, los beneficios de uso de sustancias para las chicas no son evidentes hasta después de su salida del programa.

En resumen, los resultados generales de la Evaluación Nacional de Cross-Site sugieren que existen diferencias entre chicos y chicas en los efectos aparentes de los programas de prevención, en función del período de tiempo que se utilice para comparar los cambios con el paso del tiempo. El análisis de los efectos del programa a la salida o poco después de la salida del programa podría

sugerir que estas intervenciones son más eficaces para los chicos, mientras que un análisis en un momento posterior (a 18 meses de estudio) sugiere una mayor eficacia para las chicas.

Principales hallazgos de la Evaluación Nacional de Cross-Site de Programas para Jóvenes de Alto Riesgo

- ▶ Las chicas y los chicos participantes en el estudio responden de modo diferente a los programas de prevención. Los chicos experimentan reducciones significativas en las tasas de consumo de sustancias en el corto plazo (a la salida del programa y a los 6 meses de la misma), mientras que los beneficios para las chicas emergen más tarde y duran (sólo) a lo largo del período de estudio.
- ▶ Los programas de prevención bien diseñados e implementados que utilizan múltiples componentes basados en la ciencia producen reducciones positivas y duraderas en las tasas de consumo de sustancias para las chicas y los chicos de alto riesgo, en comparación con otros jóvenes. No obstante, los programas que hacen hincapié en temas como el entrenamiento en habilidades para la vida son particularmente importantes para las chicas. Por su parte, los métodos interactivos de entrega del programa son especialmente importantes para los chicos.
- ▶ Los programas específicos para mujeres no son más efectivos en la reducción de las tasas de consumo de sustancias para las chicas que los programas mixtos. Los específicos para mujeres tienden a enfatizar el componente afectivo y no se asocian con resultados sólidos en el uso de sustancias.
- ▶ Las chicas reportan más supervisión que los varones por parte de la familia, lo que puede reducir las oportunidades de utilizar sustancias. El uso de las sustancias por parte de los adolescentes varones está más fuertemente relacionado con los entornos sociales del barrio, que pueden aumentar la oportunidad de utilizarlas. La conexión con la familia y la escuela son factores protectores importantes para los niños y las niñas.

FUENTE: SAMHSA, 2002.

11.2. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE GÉNERO

Para tratar de contrarrestar la falta de atención a la ejecución de programas de prevención específicos para mujeres, el Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) promovió el desarrollo de programas dirigidos a atender las necesidades de las mujeres jóvenes, reconociendo

la necesidad de prestar una atención especial a los factores de riesgo y protección relevantes para este colectivo y la importancia del incorporar el enfoque de género en los programas de prevención.

Los resultados de una evaluación de distintos programas de prevención del consumo de sustancias específicos de género, dirigidos sólo a mujeres, promovida por el Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP), mostró que sólo 2 de los 24 programas de prevención específicos para mujeres jóvenes analizaron reportaron efectos estadísticamente significativos, constatando el fracaso de la mayoría de los programas de prevención específicos de género. (KUMPFER, KL. et al., 2002). Estos dos programas eran adaptaciones étnicas del Programa de Fortalecimiento de Familias que incluían más información y contenidos con enfoque de género.

Un informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías que analizó el estado de las respuestas con enfoques específicos de género a los problemas del consumo de drogas (EMCDDA, 2006a) confirmó que las intervenciones preventivas con enfoque de género son poco frecuentes en la Unión Europea. Constató, asimismo, que los programas de prevención específicos de género suelen consistir en intervenciones para las niñas, y sólo muy raramente incluyen acciones específicas de prevención dirigidas a los niños, a pesar de su conocido mayor riesgo para consumir drogas (BUTTERS, J.E. 2004). De hecho, los niños podrían ser un colectivo prioritario de los programas con enfoque de género, puesto que pueden ser más susceptibles a la influencia social que las chicas (SZALAY, L.B. et al., 1996).

Kumpfer y colaboradoras (2008) constataron que los programas de prevención específicos de género (dirigidos exclusivamente a chicas) ofrecen resultados positivos frente a estrés, la depresión, la asertividad social y la imagen corporal entre las chicas, aunque no tienen un impacto significativo en el consumo de sustancias.

Por su parte, los 19 programas para mujeres adolescentes en situación de riesgo incluidos en la Evaluación Nacional de Cross-Site (SAMHSA, 2002), lejos de reportar una mayor reducción en las tasas de consumo de sustancias en relación con las niñas participantes en programas de prevención mixtos (dirigidos a niños y niñas), constataron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los efectos preventivos del consumo de sustancias en las niñas que participaron en los programas para adolescentes femeninas con respecto a las que participaron en programas mixtos. Las participantes en los programas para chicas adolescentes redujeron sus tasas de consumo de sustancias en relación a las chicas del grupo de comparación, esencialmente al mismo nivel que las chicas que participaron en programas que dirigidos a chicos y chicas.

A pesar de que los programas de chicas adolescentes no lograron un efecto preventivo del consumo de sustancias superior al de los programas mixtos, su diseño e implementados pretendía abordar cuestiones relacionadas con los riesgos y la protección que parecen ser particularmente importantes para las mujeres jóvenes en situación de riesgo. El enfoque domi-

nante en los programas para mujeres adolescentes con respecto al de los programas mixtos de género muestra como rasgo distintivo una orientación predominantemente afectiva, presente en casi la mitad de los mismos, en claro contraste con los programas mixtos, que sólo en el 10% de los casos enfatizan la programación afectiva. Estos programas se centraron en los factores emotivos y de sensibilización, como la autoestima, la auto-conciencia y las actitudes, creencias y valores asociados con el uso de sustancias y otras conductas problemáticas, que se consideran relacionados con el consumo de sustancias.

El intenso enfoque afectivo de los programas de mujeres adolescentes implica un menor énfasis en otros componentes, como las habilidades para la vida, que habitualmente incorporan los programas de prevención del consumo de drogas. Los programas de mujeres adolescentes son mucho menos propensos a enfatizar el conocimiento y la información como una actividad preventiva y los temas comunes abordados en las sesiones de conocimiento centradas en la mujer incluyen el abuso físico y sexual, la higiene y la nutrición, prevención del embarazo, y la prevención del SIDA. Los programas para mujeres adolescentes también tienen más probabilidades que los programas mixtos de género de utilizar métodos interactivos de entrega de las intervenciones preventivas.

La tendencia de los programas para mujeres adolescentes a enfatizar la dimensión afectiva es consistente con la relevancia que la literatura sobre los factores de riesgo y protección de las chicas atribuyen al autoconcepto y la autoconfianza para el desarrollo positivo en las niñas. No obstante, la evidencia señala que estos programas no producen mayores efectos preventivos para las chicas respecto al consumo de sustancias, si bien pueden producir beneficios para las adolescentes en otras áreas. Estos hallazgos son coherentes con los resultados de la investigación, que confirman que los programas que enfatizan enfoques de intervención afectivos tienden a producir débiles resultados con respecto a la prevención del consumo de sustancias.

11.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFECTIVOS PARA CHICAS Y CHICOS DE ALTO RIESGO

La identificación de las características de los programas que incrementan su efectividad para las chicas y los chicos es un aspecto crítico para mejorar la calidad y eficiencia de los programas de prevención. Los resultados de la Evaluación Nacional de Cross-Site (SAMHSA, 2002) aporta datos relevantes acerca de las características de los programas dirigidos a jóvenes en situación de alto riesgo asociadas a su efectividad diferencial en función del género.

a) Características de los programas que mejoran significativamente la efectividad para las chicas

La conectividad con la escuela y la familia son aspectos especialmente importantes que influyen en el consumo de sustancias entre las chicas. El concepto de conectividad implica, más que una actitud positiva y de unión, la consecución de una participación significativa que incluye la comu-

nicación efectiva, la autoeficacia, las habilidades necesarias para alcanzar los logros y la inclusión positiva en el entorno. Estas habilidades son fundamentales para los programas que enfatizan las habilidades para la vida.

Mientras que los programas que hacen hincapié en un enfoque de conocimiento, las cuestiones afectivas o la ejecución mediante métodos interactivos no produjeron resultados preventivos más intensos para las chicas de alto riesgo, aquellos que enfatizan en las habilidades para la vida producen efectos más intensos que fueron estadísticamente significativas entre las chicas. Los efectos preventivos sostenidos son más evidentes entre las chicas participantes en programas que enfatizan las habilidades para la vida, respecto de los programas que lo hacen sobre otros componentes, unos efectos que se mantendrían al menos 18 meses después de finalizado el programa.

b) Características de los programas que mejoran significativamente la efectividad para los chicos

El análisis de los factores de riesgo y protección para los chicos sugiere la importancia de las interacciones sociales y del entorno para el uso de sustancias en los adolescentes varones. La única característica del programa que muestra un efecto estadísticamente significativo independiente para el uso de sustancias en los chicos sería el énfasis en los modos interactivos de la prestación de servicios. Este hallazgo es consistente con una explicación basada en la importancia del medio social y las oportunidades sociales. La participación de los chicos en la programación interactiva podría crear oportunidades y lazos sociales libres de alcohol y drogas mientras el programa está en ejecución. Lamentablemente, esta explicación también sería coherente con la aparente capacidad de disipación de los efectos preventivos 18 meses después de la conclusión del programa.

La Evaluación Nacional de Cross-Site aporta importantes hallazgos que pueden contribuir a mejorar la efectividad de los programas de prevención en las chicas y los chicos de alto riesgo:

- 1ª)** Aunque la evaluación encontró que los programas fuertemente diseñados e implementados con múltiples componentes basados en la evidencia pueden tener efectos preventivos intensos y duraderos, también sugiere que la programación centrada en las habilidades para la vida es un componente clave de la prevención más efectiva y duradera para las chicas.
- 2ª)** Las chicas que participan en los programas específicos para mujeres adolescentes no responden mejor que aquellas que lo hacen en programas mixtos de género. Además, los programas sólo para mujeres que enfatizan contenidos afectivos son menos efectivos en la reducción del uso de drogas en los últimos 30 días que los programas que enfatizan las habilidades para la vida.
- 3ª)** Para los chicos, la participación en los programas de prevención tiende a producir importantes reducciones en las tasas de consumo de sustancias al salir del programa, en relación con los jóvenes del grupo control.

- 4ª) Los métodos interactivos de entrega de las actividades son componentes del programa con una especial importancia para los chicos, si bien en la mayoría de los programas que incluyen este componente los efectos preventivos para los chicos desaparecieron a 18 meses de la conclusión de los programas, en particular con respecto al alcohol.
- 5ª) Sólo los programas bien diseñados e implementados que incorporan múltiples componentes basados en la evidencia tendrían efectos duraderos sobre todas las sustancias para los chicos.

En resumen, la evaluación sugiere que la conexión familiar y la supervisión son las influencias claves que reducen las oportunidades de utilizar drogas entre las chicas y que la conectividad y el rendimiento escolar ofrecen un potencial de protección adicional para ellas. La participación en programas de prevención produjo una reducción duradera de las tasas de uso de sustancias en relación con las chicas del grupo de control, sobre todo cuando los programas hicieron hincapié en un enfoque de habilidades para la vida.

Por lo que se refiere a los chicos, la evaluación sugiere la necesidad de fortalecer la conexión con la familia y la escuela. Por otra parte, una supervisión de la familia más eficaz y ambientes escolares que apoyan el desempeño de los chicos de alto riesgo serían importantes para hacer esta conexión significativa y protectora. La participación en programas de prevención tiene resultados positivos para los chicos de alto riesgo, y un cuidadoso diseño y la implementación de los componentes del programa con base científica son importantes para producir beneficios duraderos.

11.4. EVIDENCIAS SOBRE EL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR Y FAMILIAR EN CLAVE DE GÉNERO

Las investigaciones sobre la eficacia de la prevención escolar del consumo indebido de sustancias han pasado por alto generalmente las diferencias de género. Por este motivo los grandes meta-análisis y revisiones realizados hasta el momento de los programas de prevención desarrollados en la escuela o la familia (FAGGIANO, F. et al., 2010; FOXCROFT, D. TSERTSVADZE, A. 2011a, 2011b, 2011c; GATES, S. et al., 2006; ROONA, M.R. et al., 2003; TOBLER, N.S. et al. 2000) no aportan información precisa sobre el impacto diferencial de los mismos en las chicas y los chicos.

No obstante, se dispone de evaluaciones de los resultados de algunos programas que aportan ciertas evidencias sobre los programas de prevención escolar, como es el caso del Programa "Unplugged", destinado a la prevención primaria del consumo y abuso de sustancias legales e ilegales y que se desarrolla actualmente en once países europeos. Este programa, basado en el concepto de la influencia social integral y de carácter interactivo, integra el entrenamiento de las competencias para la vida y la corrección de las concepciones normativas sobre el consumo de sustancias. Los resultados del estudio controlado aleatorio en el que participaron más de

6.000 escolares que sirvió de base a la evaluación de sus resultados, confirmaron su eficacia e identificó la existencia de diferencias de género en los mismos. Al inicio del estudio, los chicos eran más propensos que las chicas a consumir cannabis y otras drogas ilícitas, mientras que las chicas lo eran a consumir tabaco. Tras la ejecución del programa, la encuesta de seguimiento, puso de relieve la existencia de una asociación significativa entre el programa y una menor prevalencia de los consumos de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilícitas entre los chicos, pero no entre las chicas (VIGNA-TAGLIANTI, F. et al., 2009).

Una reciente evaluación de impacto del programa de prevención escolar Unplugged en la República Checa (NOVAK, P. et al., 2013) muestra un efecto preventivo positivo en la reducción del uso de alcohol, tabaco y cannabis, si bien el tamaño del efecto difiere en las niñas y los niños. La evaluación constató un efecto preventivo más fuerte entre las niñas sobre el consumo regular de tabaco y una menor prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días entre los niños. En el caso del cannabis tres meses después de la intervención se encontraron efectos positivos estadísticamente significativos en la prevalencia del consumo en los últimos 30 días en ambos sexos, si bien este efecto positivo en el indicador de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días sólo se mantuvo dos años después de la intervención entre las chicas, lo que sugiere que el programa puede tener un efecto más duradero entre los estudiantes de sexo femenino.

Un meta-análisis de los programas de prevención universales del abuso de alcohol basados en la familia (FOXCROFT, D. TSERTSVADZE, A. 2011b) señaló la existencia de pruebas de que las intervenciones específicas de género entre hijas y padres, habitualmente madres, pueden ser efectivas en la prevención del abuso de alcohol a corto y medio plazo (O'DONNELL, L. et al., 2010; SCHINKE, SP. et al., 2009a; SCHINKE, SP. et al., 2009b; SCHINKE, SP. et al., 2009c). De los nueve ensayos que mostraron pruebas de la persistencia de los efectos positivos del programa en el medio y largo plazo, en comparación con un control u otro grupo de intervención, cuatro se corresponden con intervenciones específicas de género centradas en mujeres adolescentes. En dos de estos ensayos, con un largo período de seguimiento (SCHINKE 2009b; SCHINKE 2009c), las adolescentes asignadas a los dos programas de intervención específicos de género experimentaron una reducción significativa del número promedio de ocasiones en que consumieron alcohol, en comparación con sus contrapartes de los grupos de no intervención, al año y los dos años después de la intervención.

Algunos países europeos están desarrollando programas orientados a la mejora de las competencias y habilidades de los chicos para el coqueteo, cuya carencia se ha relacionado con el consumo intensivo de alcohol o cannabis entre estos, quienes mantendrían estas conductas para sentirse capaces de relacionarse con las chicas (BURKHART, G. CALAFAT, A. 2008). No obstante, debe señalarse que no existe evidencia de su efectividad.

PUNTOS CLAVES

- 1. Los programas centrados en el desarrollo de habilidades de comportamiento, tales como la asertividad, las estrategias para rechazar la oferta de drogas y la**

resistencia a la presión de los pares, han demostrado tener el efecto preventivo más fuerte en el uso de sustancias entre las chicas (SPRINGER, J. et al., 2004). Otras formas de mejorar el potencial de la prevención entre las niñas incluyen la corrección de sus falsas percepciones de las normas sociales y la frecuencia de consumo de sustancias entre sus pares (BUTTERS, J.E. 2004), el apoyo a las relaciones de pareja positivas (DANIELSSON, A.K. et al., 2011) y la buena comunicación con los padres (KUMPFER, K.L. et al, 2008; YEH, M.Y. et al., 2006). En las chicas, las intervenciones orientadas al fortalecimiento de las habilidades para la vida son más eficaces para mantener los efectos positivos en la prevención del consumo de drogas, después de finalizada la intervención.

2. Los programas de prevención escolares que han demostrado ser particularmente eficaces con los niños son los basados en la comunicación y la interacción con sus pares (SPRINGER, J.F. et al., 2004) y los que se centran en las estrategias para hacer frente a la ansiedad y el estrés [YEH, M.Y. et al., 2006]. Otros elementos que se deben promover entre los niños como parte de las intervenciones preventivas incluyen su capacidad para autorregularse y tomar decisiones racionales (BUTTERS, J.E. 2004). Los métodos de entrega que implican la interacción con los compañeros o adultos son especialmente eficaces en los chicos (SPRINGER, J.F. et al., 2004).
3. Deben considerarse los hallazgos sobre la transferencia preferencial de los patrones parentales de uso de drogas, donde el uso paterno y materno de las mismas aumenta significativamente el riesgo de su uso entre los hijos e hijas, respectivamente (YEH, M.Y. et al., 2006).

Adaptado de NOVAK, P. et al, 2013.

11.5. EVIDENCIAS SOBRE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA DEJAR DE FUMAR

Existen algunas peculiaridades en la dependencia a la nicotina de los hombres y las mujeres que deben ser tenidas en consideración a la hora de diseñar las intervenciones dirigidas a facilitar el abandono del tabaquismo (LOMBARDI, EM. et al., 2011):

- Las mujeres muestran menos confianza en la eficacia del tratamiento que los hombres (BENOWITZ, NL. et al., 2006; OH, DL. et al., 2010; SAMET, JM. & YOON, SY. 2001).
- El síndrome de abstinencia es también diferente en los hombres y las mujeres.
- Los estudios han demostrado que la tasa de recaída debido a los síntomas de abstinencia es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

El Programa de Investigación del National Institute on Drug Abuse sobre las diferencias de sexo/género relacionadas con el uso de sustancias (NIDA, 2012) confirma la existencia de evidencia que muestra que las mujeres tienen menos probabilidades de iniciar tratamiento para dejar de fumar y pueden ser más propensas a recaer en el consumo. Unas circunstancias que se relacionarían con la existencia de un síndrome de abstinencia provocado por la retirada del tabaco más intenso que en los hombres y por la mayor preocupación por el aumento de peso entra las mujeres.

Una revisión realizada por Mendelsohn (2011) constató que las mujeres pueden necesitar apoyo conductual y farmacológico más intenso que los hombres para dejar de fumar. En base a la evidencia recopilada en esta revisión, se establecen una serie de directrices para adaptar las intervenciones para dejar de fumar a las necesidades específicas de las mujeres:

- En vista de sus tasas de éxito más bajas, las mujeres pueden necesitar intervenciones más intensivas para mejorar sus posibilidades de éxito en la abstinencia (PERKINS, KA. & SCOTT, J. 2008; STEINBERG, MB. et al., 2006).
- En las mujeres premenopáusicas, dejar de fumar en la fase folicular puede minimizar los síntomas de abstinencia (PERKINS, KA. 2001). También las tasas de abandono pueden ser más altas en este caso con las terapias de reemplazo de nicotina (CARPENTER, MJ. et al., 2008), aunque un estudio reciente encontró mejores resultados al dejar de fumar en la fase lútea con Bupropión.
- Si los cigarrillos son utilizados como forma de automedicación frente a la ansiedad y los estados de ánimo disfóricos, es necesario abordar estos trastornos.
- Las mujeres se ven más afectadas por las señales del tabaquismo que los hombres, entre las que se incluyen la interacción social, el estrés y el consumo de café y alcohol al final de una comida. Deben por tanto abordarse las estrategias de afrontamiento de los desencadenantes pertinentes y las situaciones de alto riesgo y encontrar comportamientos alternativos para cuando vayan a producirse (PERKINS, KA. 2001).
- El apoyo social para las mujeres, como las reuniones de grupo y el apoyo entre pares, puede aumentar las posibilidades de dejar de fumar (STEWART, MJ. et al., 2010).

Existe evidencia de que la terapia de reemplazo con nicotina es menos efectiva en mujeres que en hombres. Un meta-análisis mostró que las tasas de abandono del tabaquismo con el uso de parches de nicotina/versus placebo fueron casi la mitad en las mujeres que en los hombres a los 6 meses (PERKINS, KA. & SCOTT, J. 2008). Otro meta-análisis encontró que todas las variantes de las terapias de reemplazo de nicotina eran igualmente efectivas en mujeres y hombres en el corto plazo, pero significativamente menos eficaces a largo plazo en las mujeres. Sin embargo, estas terapias sí reducen los síntomas de abstinencia de manera efectiva en las mujeres (CEPE-DA-BENITO, A. et al., 2004). Las diferencias de género en las respuestas a las TSN pueden deberse en parte a las diferencias genéticas (SCHNOLL, RA. 2009). Pese a ello vale la pena considerar la terapia de reemplazo de nicotina para dejar de fumar en las mujeres debido a su seguridad, accesibilidad, facilidad de uso y bajo coste. La Vareniclina (GONZALES, D. et al., 2006) y el Bupropión (SCHARF, D. & SHIFFMAN, S. 2004) parecen ser igualmente eficaces en

las mujeres y los hombres, aunque las tasas de abandono absoluto del tabaquismo sean más elevadas entre los varones. Quizás quisiste decir: The role of medication in quitting The Smoking cessation guidelines for Australian general practice 25, 26 advise pharmacotherapy for all motivated smokers who are nicotine dependent. NRT is less effective in women than men. A meta-analysis found that the increase in quitting due to the nicotine patch versus placebo was only about half as large in women as in men at 6 months (4.6% vs. 9.3%).²

12

PROPUESTAS PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En base al conjunto de las evidencias disponibles sobre el impacto que el género tiene en los resultados de los programas de prevención, diferentes investigadores e instituciones han formulado una serie de recomendaciones y propuestas para incorporar la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de los programas dirigidos a prevenir el uso de drogas.

1) Propuestas y recomendaciones en materia de investigación

- Debe fomentarse la investigación sobre cuestiones de género relacionadas con la salud y las drogas para poder generar evidencia científica que contribuya a modificar y mejorar las actuales políticas preventivas, incorporando a las mismas la perspectiva de género. Las administraciones deben incorporar el enfoque de género como un criterio relevante para la financiación de las investigaciones en el campo de las adicciones.
- Es preciso seguir investigando para mejorar la comprensión de los precursores del consumo de sustancias entre los hombres y las mujeres de diferentes edades, a fin de poder identificar los factores específicos de género asociados al consumo de drogas.
- Es imprescindible incorporar a los sistemas de información sobre drogas variables que aporten datos acerca de la influencia del género sobre una serie de elementos claves para el diseño, desarrollo y evaluación de las estrategias y programas preventivos, tales como las diferencias en los patrones de consumo, las motivaciones y los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de las diferentes sustancias, las consecuencias para la salud y de carácter social derivadas del consumo y las respuestas a los tratamientos del abuso y/o dependencia a las drogas.
- Los estudios, investigaciones y encuestas sobre drogas deben incorporar variables como el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educativo, el nivel de renta o la distribución en el uso del tiempo, para permitir un análisis de sus resultados con un enfoque de género. Este requisito es esencial para poder diseñar y desarrollar políticas y programas preventivos eficaces que se adecúen a las necesidades específicas y diferenciales de hombres y mujeres.
- Desarrollar programas adicionales de investigación que incorporen el género en el análisis de los resultados de los programas de prevención. Resulta esencial para poder desarrollar programas de prevención con base en la evidencia evaluar los resultados y el impacto diferencial que los programas de prevención tienen en hombres y mujeres de distintas edades.

- Requerir que todos los programas de prevención publiquen análisis de sus resultados en función del género, a fin de determinar su diferente eficacia en los chicos y las chicas.
- Comparar los resultados de los programas basados en la evidencia en función del género para determinar cómo mejorar la eficacia de los programas de prevención para las chicas y los chicos, puesto que existe evidencia de que su efectividad y/o efectos preventivos pueden ser diferentes.
- Como sigue constatándose un aumento en la iniciación y el uso de distintas drogas entre las chicas, es muy importante aumentar la investigación sobre los enfoques específicos de género en el uso indebido de sustancias, poniendo un mayor énfasis en el desarrollo de modelos y programas etiológicos basados en el género y la difusión de las intervenciones preventivas eficaces para las chicas y para los chicos.
- Debe profundizarse en la investigación dirigida a identificar las estrategias preventivas que resultan más efectivas con las chicas y los chicos adolescentes, estableciendo la idoneidad o no de desarrollar programas específicos de género o programas mixtos comunes para chicas y chicos.
- Los programas de prevención deben adaptarse para cubrir las necesidades de la población objetivo (MYERS, B. et al., 2008). Como los factores de riesgo y de protección vinculados al uso y abuso de drogas difieren entre los grupos objetivo, los programas deben abordar los factores de riesgo y de protección que inciden de un modo específico en las chicas y los chicos adolescentes (NIDA, 2003). Adaptar los programas a las necesidades de la población objetivo es un componente crítico para una prevención eficaz (MENTOR, UK, 2005).
- Es necesario investigar sobre el impacto que distintas medidas dirigidas reducir la oferta de drogas (desarrollos normativos, políticas fiscales y de precios en relación con las bebidas alcohólicas y el tabaco, etc.) tienen en hombres y mujeres.

2) Relativas al diseño y/o planificación de las intervenciones preventivas

- Para mejorar la efectividad de los programas de prevención es imperativo incorporar la perspectiva de género en todas las fases del proceso de planificación:

a) En la evaluación de necesidades

- Analizando las motivaciones, comunes y específicas, que llevan a chicas y chicos, hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de las distintas drogas y a mantener o intensificar su uso.
- Analizando los patrones de consumo de drogas de hombres y mujeres y cómo diferentes variables vinculadas al género (edad, nivel educativo, clase social, etc.) condicionan los mismos.

- Identificando los factores de riesgo y protección comunes y específicos asociados al consumo de drogas por parte de los hombres y las mujeres y los mecanismos a través de los cuales influyen en los comportamientos relacionados con el consumo de drogas de ambos grupos.
- Conociendo los efectos y consecuencias que para chicas y chicos, hombres y mujeres se derivan del uso y abuso de drogas.

b) En su diseño e implementación

- Analizando la evidencia disponible y los resultados de la investigación para conocer cómo el género condiciona la salud de hombres y mujeres y sus relaciones con las drogas.
- Incorporando estrategias preventivas diferenciales para chicos y chicas, dirigidas a neutralizar la influencia de los factores de riesgo que inciden, específicamente, en cada grupo y potenciando aquellos factores de protección asociados al género.
- Incorporando componentes que propicien la mejora de los efectos preventivos en los hombres y mujeres de diferentes edades.
- Incluyendo contenidos y módulos específicos en los programas de prevención que permitan dar una respuesta diferencial en clave de género a las necesidades detectadas.
- Seleccionando los métodos de entrega o desarrollo del programa que propicien una mayor efectividad para los hombres y mujeres.

c) En la evaluación

- Estableciendo diseños de evaluación sensibles al género, que permitan conocer los resultados alcanzados por los programas preventivos implementados en hombres y mujeres y la intensidad de los efectos preventivos sobre el consumo de drogas.
- Estableciendo diseños de evaluación que permitan conocer el impacto, a medio y largo plazo, que las estrategias y los programas preventivos desarrollados tienen sobre las chicas y los chicos.
- Las instituciones implicadas en el desarrollo de intervenciones preventivas deben incluir la perspectiva de género en el diseño de los programas de prevención, optimizando las intervenciones en base a los factores de riesgo y protección que influyen específicamente sobre las mujeres y los hombres, puesto que en la práctica el genérico universal tiende a masculinizarse.

3) Relativas a los contenidos y las características de los programas y las políticas preventivas

- Para que los programas resulten efectivos es preciso que se fundamenten en modelos teóricos consistentes, que identifiquen las variables relevantes del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre las chicas y los chicos adolescentes.
- Desarrollar de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, la comunicación y la supervisión de los hijos, así como en el recono-

cimiento de las funciones cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social tienen como precursores de los consumos de drogas femeninos.

- Entre los factores que pueden contribuir decididamente a mejorar la efectividad de los programas preventivos para chicas se incluyen (CASA, 2006):
 - Potenciar la supervisión familiar y el apoyo familia.
 - Reforzar la conexión de las niñas con la escuela.
 - Ofrecer a las chicas modelos de roles femeninos positivos.
 - Priorizar la adquisición de habilidades para la vida como un componente básico de los programas.
 - Favorecer una intervención temprana.

- Los programas preventivos deberían dirigirse a las chicas en momentos de mayor riesgo (por ejemplo, en la transición a la enseñanza secundaria o a la universidad) y ser sensibles a las razones por las cuales las chicas consumen sustancias (CASA, 2003a).

- Los programas de prevención universal destinados a la población adolescente, en especial aquellos que apuestan por el desarrollo de habilidades, deben promover conocimientos relevantes y útiles para chicos y chicas, que sean aplicables de forma inmediata a sus experiencias cotidianas y que estén vinculados al desarrollo de habilidades y a los objetivos de los programas (WHO, 2002). Además, las estrategias de carácter informativo dirigidas a adolescentes y jóvenes deben enfatizar los efectos a corto plazo derivados del consumo de sustancias para las chicas y los chicos, dando especial relevancia a las consecuencias a nivel psicosocial, en lugar de centrarse en señalar los efectos derivados del consumo a largo plazo sobre la salud.

- Algunos países ya han avanzado hacia políticas sensibles al género. Por ejemplo, el Gobierno Federal de Canadá exige un análisis basado en el género en todas sus políticas y programas (HEALTH CANADA, 2000).

- Los programas de prevención con enfoque de género deben incidir sobre los modelos referenciales de género, evitando que las adolescentes y chicas jóvenes imiten sin más las conductas masculinas, más proclives a la asunción de riesgos y a un menor cuidado de la salud. Estos programas deberían enfatizar un doble mensaje:
 - Para las chicas que la igualdad no se basa en imitar los comportamientos de los hombres, sino en tener autonomía y capacidad para desarrollar proyectos propios.
 - Para los chicos cuestionando la oportunidad de seguir manteniendo los viejos estereotipos de la masculinidad, reforzando la idea de que ser hombre no implica tener que asumir riesgos o mantener conductas poco saludables, sino comportante de manera inteligente y saludable.

- Los programas de prevención deben procurar contrarrestar la manipulación que la publicidad y los medios de comunicación realizan de las identidades de género, neutralizando los mensajes que lanza selectivamente a hombres y mujeres para reforzar el consumo de alcohol y tabaco.

4) Relativas a las acciones de apoyo o soporte para el desarrollo de intervenciones preventivas

- La incorporación del enfoque de género en los programas de formación básica y de especialización de los profesionales que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias y la promoción de la salud.
- El impulso de programas de formación sobre género y drogas destinados al personal investigador y a los responsables institucionales implicados en la gestión de los programas de ayuda a la investigación en el campo de la salud y las adicciones.
- Establecer la incorporación de la perspectiva de género en el diseño y la evaluación de resultados de los programas de prevención como criterios básicos para su acreditación/certificación (SANCHEZ, L. et al., 2014).

5) Relativas a los contenidos y las características de los programas para prevenir el consumo de alcohol

- Cuando la exposición al alcohol es limitada ciertas estrategias preventivas, como las destinadas a desafiar las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol, las centradas en aumentar la supervisión paterna de las actividades de los hijos y la enseñanza de respuestas de afrontamiento saludables, son igualmente útiles para chicos y chicas.
- Dado que los chicos pueden estar enfrentando un menor número de consecuencias físicas debido al consumo de alcohol, su tolerancia aumenta de forma más rápida (SCHUCKIT, MA. et al., 2005a , SCHUCKIT, MA. et al 2005b) y muestran un mayor retraso en el desarrollo de la función ejecutiva y la regulación emocional en comparación con las chicas adolescentes (GIEDD, JN. 2008), ven reforzadas las expectativas positivas hacia el alcohol, negando al mismo tiempo los efectos negativos asociados a su consumo. Aunque la entrevista motivacional se utiliza generalmente con poblaciones ya diagnosticados con un trastorno por consumo, los principios básicos de este enfoque pueden ser utilizados también con los jóvenes varones en riesgo desarrollar consumos problemáticos (BROWN, S.A. et al., 2005).
- Los chicos pueden beneficiarse más de las estrategias de aprendizaje de toma de decisiones básicas, ya que su conjunto de habilidades funcionamiento ejecutivo parecen desarrollarse a un ritmo más lento que el de las chicas. Si bien ambos sexos podrían beneficiarse de este tipo de esfuerzos preventivos, los chicos pueden requerir una intervención más intensiva.

- El desarrollo de los roles de género en la juventud ofrece una oportunidad única para dar forma a las cogniciones de los adolescentes acerca de lo que constituye comportamientos con la bebida “típicos” de los hombres y de las mujeres. La identificación de modelos adultos masculinos positivos, que no beben alcohol o que lo hacen moderadamente, puede contrarrestar las creencias convencionales de los chicos sobre el alcohol, mientras que las chicas podrían fortalecer su autonomía y reforzar las decisiones contra la bebida como una elección personal. Por ello el uso de modelos positivos e intervenciones más formales podrían utilizarse para ayudar a los adolescentes a desafiar las creencias convencionales sobre el alcohol, identificando sus expectativas acerca de la bebida y la abstinencia y ayudándoles a comprender los factores que influyen en las creencias, proporcionando formas para impugnar la validez de las percepciones sobre el alcohol.
- Las normas elaboradas por el Canadian Centre on Substance Abuse para la prevención del abuso de sustancias en la escuela. (CCSA, 2010) establecen entre sus requisitos la necesidad de tener en cuenta, tanto las diferencias biológicas como las vinculadas al género, en el diseño, desarrollo y evaluación de este tipo de programas.
- En base a los resultados de la investigación, el National Institute on Drug Abuse estableció una serie de principios que deben tener en consideración los programas de prevención (entre los cuales se incluye el que los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos asociados a las características de la población destinataria, como la edad, el género y el origen étnico, a fin de mejorar la eficacia del programa (NIDA, 2011).

6) Relativas a los contenidos y las características de los programas para prevenir el consumo de tabaco

- Las políticas para prevenir o reducir el alcance de la epidemia del tabaco entre las mujeres de todo el mundo requiere de esfuerzos concertados que incluyan mejoras en el estatus de las chicas y las mujeres, innovaciones basadas en la igualdad en los programas y políticas de los sectores sanitario, social y económico, así como políticas verdaderamente globales en relación con el tabaco.
- Es de vital importancia lograr que las políticas para el control del tabaco sean más sensibles al género (HEALTH CANADA, 2000).
- Los modelos positivos a imitar y el fomento de actividades de promoción de la salud, como la práctica del deporte, favorecen la reducción del consumo de tabaco entre las chicas.

CONCLUSIONES FINALES

1. Los limitados resultados obtenidos hasta la fecha con las diferentes estrategias ensayadas en el campo de la prevención pueden ser atribuidos, en buena medida, a la falta de adecuación de sus contenidos a las diferentes relaciones que los hombres y mujeres mantienen con las drogas.

2. Muchos de los programas de prevención que se desarrollan en la actualidad presentan un grave déficit en su diseño: considerar que la población diana es homogénea y que está expuesta a los mismos factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas, ofertando, en consecuencia, las mismas respuestas para grupos poblacionales que presentan distintas necesidades y que responden de forma diferente a las estrategias preventivas que se vienen aplicando para la prevención del consumo de drogas.
3. La inclusión de la perspectiva de género es un aspecto crítico para avanzar en la efectividad de los programas de prevención y constituye un criterio de calidad básico exigible a cualquier programa destinado a prevenir el consumo de drogas.

13

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBEEY A. (2002). Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002. 14: p. 118-128.

AGHI M, et al. (2001). Initiation and maintenance of tobacco use. In: Samet J, Yoon SY, eds. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2001:49-68.

ALONSO J, et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 55-64.

ALVAREZ J, OLSON B.D, JASON LA, DAVIS M.I, FERRARI J.R. (2004). Heterogeneity among Latinas and Latinos entering substance abuse treatment: Findings from a national database. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 277-284.

ALLEN NE, BERAL V, CASABONNE D, KAN SW, REEVES GK, BROWN A, GREEN, J. and Million Women Study Collaborators (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 101:296-305

AMOS A, GRAY D, CURRIE C, ELTON R. (1997). Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Soc Sci Med* 1997;45:847-858.

ANNIS HM. & GRAHAM, JM. (1995). Profile types on the Inventory of Drinking Situations: implications for relapse prevention counseling. *Psychol Addict Behav*. 1995; 9:176-82.

ARTAZCOZ L, BORRELL C, BENACH, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-47.

ARTAZCOZ L, BORRELL C. (2007a). Género y salud. En: *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género*.

ARTAZCOZ L, BORRELL, C. (2007b). Género y salud. En: Nerín I, Jané M. *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.

ASHLEY M, et al. (1977). Morbidity in alcoholics. Evidence for accelerated development of physical disease in women. *Arch Intern Med* 137: 883-887.

ASHLEY OS, et al. (2008). Moderation of the association between parent and adolescent cigarette smoking by selected sociodemographic variables. *Addictive Behaviors* 2008; 33:1227–1230.

ASHTON C.H. (2002). *Benzodiazepines: How they work and how to withdraw*. Newcastle, UK: University of Newcastle.

AYESTA FJ, DE LA ROSA L. (2001). ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prevención del Tabaquismo*, 3, 155-160.

BAAN R. (2007). On behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2007) Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology* 8, 292-3.

BABOR T, CAULKINS J, EDWARDS G, et al. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

BAER JS, STACY A, LARIMER M. Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of Studies on Alcohol* 1991;52:580–586.

BARAKAT K, WILKINSON P, SULIMAN A, RANJADAYALAN K, & TIMMIS, A. (2000). Acute myocardial infarction in women: Contribution of treatment variables to adverse outcome. *American Heart Journal*, 140(5), 740-746.

BARTON J. (1998) *Young Teenagers and Smoking in 1997* London: Office of National Statistics.

BECKER JB, HU, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol.* 2008 Jan;29(1):36-47.

BECKER U, et al. (1996). Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: A prospective population study. *Hepatology*, 23, 1025-1029.

BECOÑA E, VÁZQUEZ FL. (1998). Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychol Rep* 1998; 82: 999-1005.

BECOÑA E, VÁZQUEZ FL. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género *Rrv Esp Salud Pública* 2000; 74: 13-23.

BENOWITZ NL. (1988). Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319:1318-1330.

BENOWITZ NL. (2008). Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther.* 2008;83(4):531-41

BENOWITZ NL, SESSOV-SCHLAGGER CN, SWAN GE, JACOB, 3rd P. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther* 2006;79:480–8.

BERLIN I, SINGLETON EG, PEDARRIOSSE A, et al. (2003). The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003;98:1575–83.

BERTONE-JOHNSON ER, HANKINSON SE, JOHNSON SR, MANSON JE. (2008). Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol*. 2008;168(8):938-45

BIRD CE, RIEKER PP. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med* 1999;48:745-55.

BJARTVEIT K, TVERDAL, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*. 2005;14(5):315-20.

BLAKE S, AMARO H, SCHWARTZ P, FLINCHBAUGH, L. (2001). A Review of Substance Abuse Prevention Interventions for Young Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence* August 2001 vol. 21 (3): 294-324.

BLUM L.N, NIELSEN NH, RIGGS, J.A. (1998). Alcoholism and alcohol abuse among women: Report of the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of Women's Health*, 7, 861-871.

BOERDER C, SANTANA D, SANTILLÀN D, HARDEE K, GREENE ME, SCHULER, S. (2004). The "So What" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes. Washington: Interagency Gender Working Group Task Force Report (IGWG).

BOTVIN GJ, BAKER E, FILAZZOLA AD, BOTVIN, EM. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. *Journal of Addictive Behavior* 15:47-63.

BOYD CJ. (1993). The antecedents of women's crack cocaine abuse: Family substance abuse, sexual abuse, depression and illicit drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 433-438.

BOYLE P, BOFFETTA P. (2009). Alcohol consumption and breast cancer risk. *Breast Cancer Res*. 11(Suppl 3):S3.

BRADLEY KA, BADRINATH S, BUSH K, BOYD-WICKIZER J, ANAWALT B. (1998). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 627-639.

BRADY KT, RANDALL CL. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 241-252.

BRADY TM, ASHLEY OS. (Eds.). (2005). Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS) (DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

BRECHT ML, O'BRIEN A, VON MAYRHAUSER C, ANGLIN, M.D. (2004). Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*, 29, 89–106.

BRITISH COLUMBIA CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH (2010). *Girl-Centred Approaches to Prevention, Harm Reduction, and Treatment*. Vancouver.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2004). Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health.

BROSKY G. (1995). Why do pregnant women smoke and can they quit? *Can Med Assoc J* 1995; 152: 163-165.

BROWN SA, ANDERSON K, SCHULTE MT, SINTOV ND, FRISSELL KC. (2005). Facilitating youth self-change through school based intervention. *Addictive Behaviors* 2005;30:1797–1810.

BRUNSWICK A, MESSERI P. (1984). Gender differences in the process leading to cigarette smoking. *J Psychol Oncology*. 1984; 2:49-69.

BURKHART G, CALAFAT A. (2008). Cannabis prevention in the EU. in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph series 8, Volume 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

BUTTERS JE. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11, pp. 381–90.

BUTTERS JE. (2005). Promoting healthy choices: the importance of differentiating between ordinary and high risk cannabis use among high-school students. *Substance Use and Misuse* 40: 845–855.

BYRNES J, MILLER D, SCHAFFER W. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1999;125:367–383.

CAMERON C, BERNARDES D. (1998). Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Social Health Illn*. 1998; 18: 673-693.

CARBONELL D, REINHERZ H, GIACONIA, R. (1998). Risk and resilience in late adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 15, 251-272.

CARIS L, WAGNER FA, RÍOS-BEDOYA CF, ANTHONY J.C. (2009). Opportunities to use drugs and stages of drug involvement outside the United States: Evidence from the Republic of Chile. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 30–34.

CARPENTER MJ, SALADIN ME, LEINBACK AS, LAROWE SD, UPADHYAYA HP. (2008). Menstrual phase effects of smoking cessation: a pilot feasibility study. *J Women's Health* 2008;17:293–301.

CASA (2003a). *The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8-22*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse.

CASA (2003b). *CASA Finds Differences in Why Girls vs. Boys Use Cigarettes, Alcohol and Other Drugs February 5*. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.

CASA (2006). *Girls and Alcohol*. Adapted from *WOMEN UNDER THE INFLUENCE* By The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University The Johns Hopkins University Press.

CASPI A, LYNAM D, MOFFITT TE, SILVA PA. (1993). Unraveling girls delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehavior. *Developmental Psychology*, Vol 29(1), Jan 1993, 19-30.

CCSA (2010). *Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (version 2.0)*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

CEPEDA-BENITO A, REYNOSO JT, ERATH S. (2004). Metaanalysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Cons Clin Psych* 2004;72:701–22.

CHANDER G, MCCAUL ME (2003). Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30, 469-481

CHEN MJ, GRUBE JW, MADDEN PA. (1994). Alcohol expectancies and adolescent drinking: Differential prediction of frequency, quantity, and intoxication. *Addictive Behaviors* 1994;19:521–529.

CHEN K, KANDEL D. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health* 1995;85:41–47.

CHOQUET M, HASSLER C, MORIN D, FALISSARD B, CHAU N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among french adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism* 2008;43:73–80.

CLONINGER CR. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*. 1987 Apr 24;236(4800):410-6.

CNATTINGIUS S, LINDMARK G, METRIK R. (1992). Who continues to smoke while pregnant? *J Epidemiol Community Health* 1992; 46:218-221

COGGANS N. (2008). Risk factors for cannabis use, in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph series 8, Volume 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

COLANTONI A, et al. (2003). Hepatic apoptosis and proliferation in male and female rats fed alcohol: Role of cytokines. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 27, 1184-1189.

COMAS D. (2004). Parte III. Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos. En INJUVE. *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud.

CONWAY KP, COMPTON W, STINSON FS, et al. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:247-57.

COOK RL, et al. (2002). Increased prevalence of herpes simplex virus type 2 among adolescent women with alcohol use disorders. *Journal of Adolescent Health*, 2002. 30(3): 169-174.

COOPER ML, RUSSELL M, SKINNER JB, FRONE MR, MUDAR P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology* 1992;101:139-152.

CORTÉS M, SCHIAFFINO A, MARTÍ M, FERNÁNDEZ E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta sanitaria*, 19, 26-44.

CRAIG S.E. (1997). The comorbidity of eating disorders and substance abuse and their relationship to DSM-IV personality disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* 58(3-B):1524.

CRISTOFIDES N. (2001). How to make policies more gender sensitive. In: Samet J., Joon-Young Yoon, editors. *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.

CSAP (2001). *Designing and Implementing Effective Prevention Programs for Youth at High Risk*. Points of Prevention Monograph Series No. 3, Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

CURRIE C, et al. (2000). Health behavior in school-aged children: a WHO cross-national study. *International Report*. WHO.

CURRIE JC. (2003). *Manufacturing Addiction: The over-prescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

DANIELSSON AK, ROMELSSJO A, TENGSTROM A. (2011). Heavy Episodic Drinking in Early Adolescence: Gender-Specific Risk and Protective Factors. *Substance Use and Misuse* 46 (5): 633–643.

DE LA CRUZ MJ, et al (2002). Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

DEMBO R, DERTKE M, LA VOIE L, BORDERS S. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence* 10(1): 13-34.

DEMERS, A. ROOM, R, BOURGAULT, C. (eds.) (2001) Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries. WHO/MSD/MSB/01.2. Geneva, Switzerland: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.

DEMPSEY D, JACOB P3RD, BENOWITZ NL. (2002). Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther* 2002;301:594–98.

DENIER CA, THEVOS AK, LATHAM PK, & RANDALL C.L. (1991). Psychosocial and psychopathology differences in hospitalized male and female cocaine abusers: A retrospective chart review. *Addictive Behaviors*, 16, 489-496.

DERRINGER J, KRUEGER RF, MCGUE M, LACONO WG. (2008). Genetic and environmental contributions to the diversity of substances used in adolescent twins: a longitudinal study of age and sex effects. *Addiction* 2008;103:1744–51.

DGPNSD (2014). Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, España 2012/2013. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

DIEHL A, et al. (2007) Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257: 344-351.

DINAPOLI P. (2004). The lived experiences of adolescent girls' relationship with tobacco. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2004;27:19-26.

DOUGHERTY DM, BJORK JM, BENNETT RH, (1998). Effects of alcohol on rotary pursuit performance: A gender comparison. *The Psychological Record* 1998; 48:393–405.

DOYAL L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 931-939.

DOYAL L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323(7320): 1061-3.

EGAN KM, et al. (2002). Active and passive smoking in breast cancer: prospective results from the Nurses' Health Study. *Epidemiology* 13(2):138-45.

ELLIOT R. (2006). Everybody did it'-or did they? The use of oral history in researching women's experiences of smoking in Britain, 1930-1970. *Women's History Review*, 15 (2), 297-322.

EMANUELE MA, WEZEMAN F, EMANUELE NV. (2002). Alcohol's Effects on Female Reproductive Function. *The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2002. 26(4): p. 274- 281.

EMCDDA (2005). Differences in patterns of drug use between women and men (Technical datasheet). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34278EN.html>

EMCDDA (2006a) Gender-specific approaches in responses to drug use. Prevention: universal and selective prevention for boys and girls. Annual Report. Selected issues. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Available: <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page018-en.html>,

EMCDDA (2006b). A Gender Perspective on Drug Use and Responding to Drug Problems. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ERIKSEN M, MACKAY J, ROSS H. (2012). *El Atlas del tabaco*. Cuarta ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY: Fundación Mundial del Pulmón.

ETTORRE B. (1989). Women and substance use/abuse: Towards a feminist perspective or how to make dust fly. *Women's Studies International Forum*, 12 (6), 593-602.

EUROPEAN COMMISSION (2002). Gender Differences in smoking young people. Report on the project. European Network on Young People and Tobacco (ENYPAT) Framework project 2001-02.

FAGGIANO F, VERSINO E, LEMMA P. (2001). Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes Control* 2001;12:665-71.

FAGGIANO F, VIGNA-TAGLIANTI F, BURKHART G, et al, and THE EU-DAP STUDY GROUP (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64.

FEIT MN. (2001). Exposure of adolescent girls to cigar images in women's magazines, 1992-1998. *Am J Public Health*. 2001;91(2):286-8.

FERNÁNDEZ E, SCHIAFFINO A, PERIS M. (2001). Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg*. 2001, 3: 184-190.

FILLMORE KM, HARTKA E, JOHNSTONE BM, LEINO EV, MOTOYOSHI M, TEMPLE MT. (1991). Meta-analysis of life course variation in drinking: The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. *British Journal of Addiction* 86, 1221-68.

FILLMORE KM. (1984). When angels fall: women's drinking as cultural preoccupation and as reality. In: Wilsnack, RW.; Wilsnack, SC., editors. *Alcohol Problems in Women: Antecedents, Consequences, and Intervention*. Guilford Press; New York, p. 7-36.

FORNARI V, KENT J, KABO L, GOODMAN B. (1994). Anorexia nervosa: "Thirty something." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 45-54.

FOTHERGILL KE, ENSMINGER ME. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend.* 2006 Mar 15;82(1):61-76.

FOXCROFT D, TSERTSVADZE A. (2011a). Programas escolares universales para prevenir el abuso del alcohol en los jóvenes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art No.: CD009113.

FOXCROFT D, TSERTSVADZE A. (2011b). Programas universales de prevención basados en la familia para el abuso de alcohol en los jóvenes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art No.: CD009308.

FOXCROFT D, TSERTSVADZE A. (2011c). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307. DOI: 10.1002/14651858.CD009307.

FREZZA M, DI PADOVA C, POZZATO G, TERPIN M, BARAONA E, & LIEBER, CS. (1990). High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *New England Journal of Medicine*, 322, 95-99.

GARCÍA L, GONZÁLEZ MT, EGEE E. (2002). Consumo de sustancias en chicas adolescentes. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

GATES S, MCCAMBRIDGE J, SMITH LA, FOXCROFT D. (2006), 'Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030. pub2.

GENTILELLO LM, et al. (2000). Alcohol problems in women admitted to a level I trauma center: A genderbased comparison. *The Journal of Trauma*, 48, 108-114.

GIEDD JN. (2008). The teen brain: Insights from Neuroimaging. *Journal of Adolescent Health* 2008;42:335-343.

GLASSMAN AH. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-553.

GLASSMAN AH, COVEY LS. (1996). Smoking and affective disorders. *Am J Health Behav* 1996; 20: 279-285

GOLDSTEIN RB. (2009). Comorbidity of substance use with independent mood and anxiety disorders in women: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: Brady, KT.; Back, SE.; Greenfield, SF., editors. *Women and addiction: a comprehensive handbook*. Guilford Press; New York: 2009. p. 173-92.

GONZALES D, RENNARD SI, NIDES M, et al. (2006). Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *JAMA* 2006;296:47-55.

GONZALES R, ANG A, MCCANN M, RAWSON R. (2008). Methamphetamine use among treatment seeking youth: An emerging problem? *Substance Abuse*, 29, 71-80.

GRAHAM JW, JOHNSON CA, HANSEN WB, FLAY BR, GEE M. (1990). Drug use prevention programs, gender, and ethnicity: Evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts. *Preventive Medicine*. 1990; 19:305-313.

GRAZIER KL. (2001). Gender differences in the health status and services use: Consequences of mental health disorders: A longitudinal study. Paper presented at Psychiatric Services for Women: Symposium conducted at the meeting of the First World Congress on Women's Mental Health, Berlin, Germany (D. Kohen & A. Wieck, chairs).

GREAVES L, JATEGAONKAR N, SÁNCHEZ S. Editores. (2006). *Pasando página: Mujeres, tabaco y el futuro*. Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica (BCCEWH) y Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT). Vancouver: Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica; 2006

GREEN CA, POLEN MR, DICKINSON DM, LYNCH FL, BENNETT M.D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 285-295.

GREENFIELD SF, BROOKS AJ, GORDON SM, GREEN CA, KROPP F, MCHUGH R.K, et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1-21.

GREENFIELD SF, BACK SE, LAWSON K, BRADY KT. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Jun;33(2):339-55. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.004.

GREENFIELD TK, ROOM R. (1997). Situational norms for drinking and drunkenness: trends in the US adult population, 1979-1990. *Addiction*. 1997; 92:33-47.

GRELLA C.E. (1997). Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: The unmet need. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 67-78.

HAJEMA KJ, KNIBBE RA, DROP M.J. (1997) Changes in alcohol consumption in a general population in the Netherlands: A 9-year follow-up study. *Addiction* 92, 49-60.

HAMAJIMA N, HIROSE K, TAJIMA K. et al. (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer* 87, 1234-45.

HANSON K. (2002). Measuring up: gender, burden of disease, and priority-setting. In: Sen G, George A, Östlin P, eds. *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge MA: MIT Press 2002:347-71.

HARDING S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

HARRISON S, INGBER E. (2004). Working with women. In S. Harrison, & V. Carver (Eds.), *Alcohol and drug problems: A practical guide for counsellors*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

HASELTINE, F. P. (2000). Gender differences in addiction and recovery. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9, 579-583.

HAWKINS JD, CATALANO RF, MILLER JY. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112:64-105.

HEALTH CANADA (2000). *Política de análisis basado en el género de Health Canada*. (Cat. H34-110/2000.) Ottawa: Ministerio de Sanidad.

HIBELL B, GUTTORMSSON U, AHLSTRÖM S, BALAKIREVA O, BJARNASON T, KOKKEVI A, KRAUS L. (2012). The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

HOHMANN AA. (1989). Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care* 1989;27(5):478-490

HOLMILA M, RAITASALO K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction*. 2005; 100:1763-1769.

HUSELID RF, COOPER ML. (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 1992;33:348–362.

HUSTON, P. (1995). The benefits of smoking. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 143.

INHORN M, WHITTLE L. (2001). Feminism meets the “new” epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science & Medicine*, 53 (5), 553-67.

INSTITUTE OF MEDICINE, Committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioral Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.

JACOBS JE, JOHNSTON KE. (2005). “Everyone else is doing it:” Relations between bias in base-rate estimates and involvement in deviant behaviors. In: Jacobs, JE.; Klaczynski, PA., editors. *The development of judgment and decision making in children and adolescents*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2005. p. 157-179.

JANÉ M, PARDELL H, SALTÓ E, SALLERAS L. (2001). Epidemiología del tabaquismo. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prevención del Tabaquismo*, 3, 147-154.

JERNIGAN DH, OSTROFF J, ROSS C, O’HARA JA. (2004). Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158:629–634.

JIMÉNEZ ML, GUZMÁN R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-legal Series [online]*, 2 (6), 77-96.

JOE K.A. (1996). The lives and times of Asian-Pacific American women drug users: An ethnographic study of their methamphetamine use. *Journal of Drug Issues*, 26, 199–218.

JOHNSON JL, GREAVES L, REPTA R. (2007). *Better Science with Sex and Gender: A Primer for Health Research*. Vancouver: Women’s Health Research Network.

JOHNSON KC. (2005). Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *Int J Cancer*. 2005;117(4):619-28.

JOHNSON PB, GLASSMAN M. (1999). The moderating effect of gender and ethnicity on the relationship between effect expectancies and alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol* 1999;60:64–69.

JOHNSON RA, GERSTEIN DR. (1988). Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine, and other substances in US birth cohorts since 1919. *Am J Public Health*. 1998; 88:27–33.

JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN J.G. (2002). *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2001: Volume I. Secondary School Students*. NIH Pub. No. 02–5106. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG, SCHULENBERG JE. (2006). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2005, Secondary School Students* (NIH Publication No. 06-5883). Vol. I. National Institute on Drug Abuse; Bethesda, MD.

JORDAN SJ, WHITEMAN DC, PURDIE DM, GREEN AC, WEBB PM. (2006). Does smoking increase risk of ovarian cancer? A systematic review. *Gynecol Oncol.* 2006;103(3):1122-9.

KALICHMAN SC, SIMBAYI LC, KAUFMAN M, CAIN D, JOOSTE S. (2007). Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings. *Prev Sci.*, 8:141–51.

KANDALL S.R. (1998). Women and addiction in the United States: 1920 to the Present. In C.L. Wetherington and A.B. Roman (Eds.), *Drug addiction research and the health of women*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 53-80.

KAUFMAN NJ, NICHTER M. (2001). *The Marketing of Tobacco To Women: Global Perspectives*. En: Samet JM, Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Ginebra: World Health Organization 2001.

KAUFFMAN, SE. SILVER, P. POULIN, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Soc Work* 1997;42:231–241.

KEEFE K. (1994). Perceptions of normative social pressure and attitudes toward alcohol use: Changes during adolescence. *Journal of Studies on Alcohol* 1994;55:46–54.

KELEHER H. (2004). Why build a health promotion evidence base about gender? *Health Promotion International* 2004;19:277-279.

KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.

KEYES KM, LI G, HASIN DS. (2011) Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: a review and synthesis. *Alcohol ClinExp Res* 35: 2101-2112.

KEYES KM, GRANT BF, HASIN DS. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008; 93 :21–29.

KEYES KM, MARTINS SS, BLANCO C, HASIN DS. (2010) Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *Am J Psychiatry* 167: 969-976.

KILPATRICK DG, ACIERNO R, RESNICK HS, SAUNDERS BE, BEST C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.

KILPATRICK DG, RESNICK HS, SAUNDERS BE, BEST C.L. (1998). Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women. In C. L. Wetherington & A. B. Roman (Eds.), *Drug addiction research and the health of women* (pp. 285-307, NIH Publication No. 98-4290). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

KOLIP P. (2008). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2008 Jan;51(1):28-35.

KOKKEVI AE, ARAPAKI AA, RICHARDSON C, FLORESCU S, KUZMAN M, STERGAR E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 308-312.

KULIS S, MARSIGLIA FF, AYERS SL, BOOTH J, NUÑO-GUTIÉRREZ BL. (2012). Drug Resistance and Substance Use Among Male and Female Adolescents in Alternative Secondary Schools in Guanajuato, Mexico. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Jan;73(1):111-119.

KULIS S, MARSIGLIA FF, LINGARD EC, NIERI T, NAGOSHI J. (2008). Gender identity and substance use among students in two high schools in Monterrey, Mexico. *Drug Alcohol Depend*. 2008 June 1; 95(3): 258–268.

KULIS S, MARSIGLIA FF, HURDLE D. (2003). Gender identity, ethnicity, acculturation, and drug use: Exploring differences among adolescents in the Southwest. *Journal of Community Psychology*, 31, 167–188.

KULIS S, MARSIGLIA FF, HECHT ML. (2002). Gender labels and gender identity among ethnically diverse middle school students. *Youth Soc* 2002;33:442–475.

KUMPFER KL, SMITH P, FRANKLIN J. (2008). A Wakeup Call to the Prevention Field: Are Prevention Programs for Substance Use Effective for Girls. *Substance Use & Misuse*, 43:978-1001.

KUMPFER KL, TURNER CW. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *Int J Addict*. 1990-1991;25(4A):435-63.

KUMPFER KL, ALVARADO R, WHITESIDE HO. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Subst Use Misuse*. 2003 Sep-Nov;38(11-13):1759-87.

KUTZIN J. (1993). Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. Washington: World Bank.

LaBRIE JW, et al. (2009). What men want: The role of reflective opposite-sex normative preferences in alcohol use among college women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2009. 23(1): p. 157-162.

LAGRO-JANSSENT T, LO FO, WONG S, VAN DEN MUIJSENBERGH M. (2008). The importance of gender in health problems. *Eur J Gen Prac*. 2008;14(Suppl 1):33-37.

LAMMERS, SS. (1997). Alcoholverslaving. In: Lagro-Janssen T, Noordenbos G (Hrsg). Noordenbos in Sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Nijmegen: SUN.

LANDRINE H, BARDWELL S, DEAN T. (1988). Gender expectations for alcohol use: A study of the significance of the masculine role. *Sex Roles* 1988;19:703-712.

LANZA ST, COLLINS LM. (2002). Pubertal timing and the onset of substance use in females during early Adolescence. *Prevention Science* 2002, 3(1):69-82.

LAROSA JH. (1990). Executive women and health: perceptions and practices. *Am J Public Health*. 1990; 80:1450-1454.

LEWIS MA, NEIGHBORS C. (2004). Gender-specific misperceptions of college student drinking norms. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18:334-339.

LIECHTI ME, GAMMA A, VOLLENWEIDER F.X. (2001). Gender differences in the subjective effects of MDMA. *Psychopharmacology*, 154(2), 161-168.

LIPPMAN A. (2006). The inclusion of women in clinical trials: Are we asking the right questions? Women and Health Protection. Accessed 12 March 2007 from <http://www.whp-apsf.ca/pdf/clinicalTrialsEN.pdf>

LIU X, KAPLAN H. (1996). Gender-related differences in circumstances surrounding initiation and escalation of alcohol and other substance use/abuse. *Deviant Behavior: Interdisciplinary Journal*, 17: 71-106.

LLOYD B, LUCAS K, HOLLAND J, MCGRELLIS S, ARNOLD S. (1998) *Smoking in Adolescence: Images and identities*, London: Routledge.

LOMBARDI EM, PRADO GF, SANTOS UDE P, FERNANDES FL. (2011). Women and smoking: risks, impacts, and challenges. *J Bras Pneumol*. 2011 Jan-Feb;37(1):118-28.

LÓPEZ S, RODRÍGUEZ-ARIAS JL. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 568-573.

LUCAS K, LLOYD B. (1999). Starting smoking: girl's explanations of the influence of peers. *J Adolescence*. 1999;22: 247-655.

LUK JW, FARHAT T, IANNOTTI RJ, SIMONS-MORTON BG. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive Behaviors*. 2010; 35:426-431.

LUMLEY J, CHAMBERLAIN C, DOWSWELL T, OLIVER S, OAKLEY L, WATSON L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD001055.

MACDONALD M, WRIGHT N. (2002) Cigarette Smoking and the Disenfranchisement of Adolescent Girls: A Discourse of Resistance? *Health Care For Women International*, Volume 23, Number 3, pp. 281-305(25)

MACFADYEN L, HASTINGS G, MACKINTOSH AM. (2001). Cross sectional study of young people's awareness of and involvement with tobacco marketing. *BMJ*. 2001;322(7285):513-7.

MACKAY J, AMOS A. (2003). Women and tobacco. *Respirology*. 2003;8(2):123-30.

MALCON MC, MENEZES AM, MAIA MF, CHATKIN M, VICTORA CG. (2003). Prevalence of and risk factors for cigarette smoking among adolescents in South America: a systematic literature review. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(4):222-8.

MARMOT MG. (2003). Understanding social inequalities in health. *Perspect Biol Med* 2003;46(Suppl.3):S9-23.

MARTIN CS, LYNCH KG, POLLOCK NK, CLARK DB. (2000). Gender differences and similarities in the personality correlates of adolescent alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors* 2000;14:121-133.

MARTIN SL, BEAUMONT JL, KUPPER LL. (2003). Substance use before and during pregnancy: Links to intimate partner violence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 599-617.

McCARTY CA, et al. (2009). Longitudinal associations among depression, obesity and alcohol use disorders in young adulthood. *General Hospital Psychiatry*, 2009. 31(5).

MCWHIRTER JM, WETTON NM, PERRY D, SOUTH N. (2004) Young people and Risk: Towards a shared understanding. A report for the Home Office: GO East.

MENDELSON C. (2011). Women who smoke - A review of the evidence. *Aust Fam Physician*. 2011 Jun;40(6):403-7.

MENESES C, CHARRO B. (2014). ¿Es necesaria una intervención diferencial de género en la prevención universal y selectiva del consumo de drogas en adolescentes? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(1):5-12

MENESES C, et al. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastor Adic*. 2009;11:51-63.

MENTOR UK. (2005). Principles of effective practice: Mentor Foundation's scientific advisory network. Available: <http://preventionhub.org/practice/principles-of-effective-prevention>

MERIKANGAS KR, STEVENS DE. (1998). Substance abuse among women: Familial factors and comorbidity. In C.L. Wetherington & A. B. Roman (Eds.), *Drug addiction research and the health of women* (pp. 245-269, NIH Publication No. 98-4290). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud*. Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Informe Salud y Género 2005*.

MIRANDA R, MEYERSON LA, LONG PJ, MARX BP, & SIMPSON SM. (2002). Sexual assault and alcohol use: Exploring the self-medication hypothesis. *Violence and Victims*, 17, 205-217.

MOON DG, HECHT ML, JACKSON KM, SPELLERS RE. (1999). Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse* 34(8):1059-1083.

MORAL MV, OVEJERO-BERNAL A, CASTRO A, RODRÍGUEZ-DÍAZ FJ, SIRVENT-RUIZ C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 11. Nº 2: 2011, pp. 291-311.

MORAL MV, RODRÍGUEZ FJ, SIRVENT C. (2004). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 2005, Vol.17, 2: 105-120.

MOROJELE NK, et al. (2006). Alcohol use and sexual behaviour among risky drinkers and bar and shebeen patrons in Gauteng province, South Africa. *Soc Sci Med*. 62:217-27.

MUCHA L, STEPHENSON J, MORANDI N, DIRANI R. (2006). Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gend Med* 2006;3:279-91.

MULDER M, RANCHOR AV, SANDERMAN R, BOUMA J, VAN DEN HEUVEL WJ. (1998) Stability of lifestyle behaviour. *International Journal of Epidemiology* 27, 199-207.

MUMENTHALER MS, TAYLOR JL, O'HARA R, YESAVAGE JA. (1999). Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Research and Health*, 23, 55-64.

MYERS B, HARKER N, FAKIER N, KADER R, MAZOK C. (2008). A review of evidence-based interventions for the prevention and treatment of substance use disorders. Available: <http://www.sahealthinfo.org/admodule/evidence.pdf>

NAGATA C, et al. (2006). Tobacco smoking and breast cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol*. 2006;36(6):387-94.

NAJAVITS LM, WEISS RD, SHAW SR. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *American Journal on Addictions*, 6, 273-283.

NATERA G, JUÁREZ F, MEDINA-MORA ME, TIBURCIO M. (2005). Drug and alcohol consumption, depressive features, family violence, and their links with crimes: arrests and denunciations. *Substance Use and Misuse* 2005; 42.

NATIONAL CENTER ON ADDICTION SUBSTANCE ABUSE (2003). *The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women ages 8–22*. National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University; New York, NY.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1999). Are Women more Vulnerable to Alcohol's Effects? *Alcohol Alert*, 46.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (2003). *Alcohol: A Women's Health Issue*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (2004). *Alcohol-An Important Women's Health Issue*. *Alcohol Alert* 62.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2002). Study quantifies cost/benefit of family interventions designed to prevent adolescent alcohol use. NIDA News Release. Available at www.drugabuse.gov.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2005). *Prescription Drugs Abuse and Addiction*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. (2009). Facts on stimulants. Retrieved from http://teens.drugabuse.gov/peerx/pdf/PEERx_Toolkit_FactSheets_Stimulants.pdf

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2011). DrugFacts: Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre la prevención. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/lecciones-aprendidas-de-las-investigaciones-sobre-la-prevencion>.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2012). Women and Sex/Gender Differences Research Program. Available: <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2012/04/women-sexgender-differences-research-program>

NEBOT M, TOMAS Z, ARIZA C, VALMAYOR S, MUDDE A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio en el hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:131-8.

NEBOT M, TÓMAS Z, ARIZA C, VALMAYOR S, LÓPEZ MJ, JUÁREZ O. (2004). Factors associated with smoking onset: 3 year cohort study of schoolchildren. *Archives of Bronconeumology*, 40, 495-501.

NEWCOMB MD, CHOU CP, BENTLER PM, et al. (1998). Cognitive motivations for drug use among adolescents: longitudinal tests of gender differences and predictors of change in drug use. *J Couns Psychol* 1988;35:426-438.

NIXON SJ. (1994). Cognitive deficits in alcoholic women. *Alcohol Health and Research World* 1994;18:228-232.

NOLEN-HOEKSEMA S. (2004). Gender differences in risk and protective factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review* 2004;24:981-1010.

NOLEN-HOEKSEMA S, HILT L. (2006). Possible contributions to the gender differences in alcohol use and problems. *The Journal of General Psychology* 2006;133:357-374.

NOVAK P, MIOVSKY M, VOPRAVIL J, GABRHELIK R, ŠŤASTNA L, JURYSTOVA L. (2013). Gender-Specific Effectiveness of the Unplugged Prevention Intervention in Reducing Substance Use among Czech Adolescents. *Sociologicky ustav AV ČR, v.v.i., Praha* 2013

O'DONNELL L, et al. (2008). Parenting practices, parents' underestimation of daughters' risks, and alcohol and sexual behaviors of urban girls. *Journal of Adolescent Health* 2008;42:496-502.

O'DONNELL L, MYINT-U A, DURAN R, STUEVE A. (2010). Especially for Daughters: Parent Education to Address Alcohol and Sex-Related Risk Taking Among Urban Young Adolescent Girls. *Health Promotion Practice* 2010;11(Suppl 1): 70S-78S.

OEDT (2012). Resumen Informe ESPAD 2011. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

OED (2013). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2011 (EDADES). Observatorio Español Sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OFFICE OF APPLIED STUDIES. (2004). Women with Co-Occurring Serious Mental Illness and a Substance Use Disorder. The NSDUH Report. [Available at <http://oas.samhsa.gov/2k4/femDual/femDual.htm>]

OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY. (2008). State of Nevada: Profile of drug indicators. Retrieved from <http://www.ondcp.gov/statelocal/nv/nv.pdf>.

OH DL, et al. (2010). Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2010;10:74.

OMS (2007). Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de género. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

OPS (2010). El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas” Segunda edición. Washington DC. OPS. Organización Panamericana de la Salud.

ÖSTLIN P. (2002). Gender perspective on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J., Bakker M., editors. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London and New York: Routledge.

OSTLIN P, ECKERMANN E, MISHRA US, NKOWANE M, WALLSTAM E. (2006). Gender and health promotion: a multisectoral policy approach. *Health Promot Int*. 2006 Dec;21 Suppl 1:25-35.

OSTLIN P, SEN,G, GEORGE A. (2004). Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues. *Bull World Health Organ* 2004;82:740-5.

PALINKAS LA, ATKINS CJ, MILLER C, FERREIRA D. (1996). Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents, *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice & TheOly* 25:692-701.

PERIAGO MR, FESCINA R, RAMÓN-PARDO P. (2004). Steps for preventing infectious diseases in women. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10:1968-1973.

PERKINS KA. (2001). Smoking cessation in women. Special considerations. *CNS Drugs* 2001;15:391-411.

PERKINS KA, SCOTT J. (2008). Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nic Tob Res* 2008;10:1245-51.

- PIANO MR. (2002). Alcoholic cardiomyopathy: Incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. *Chest*, 121, 1638-1650.
- PIAZZA NJ, VRBKA JL, YEAGER RD. (1989) Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addict* 24: 19-28.
- POMERLEAU C, EHRLIH E, TATE J, MARKS J, FLESSLAND K, POMERLEAU O. (1993). The women weightcontrol smoker: a profile? *J Substance Abuse* 1993; 5: 391-400.
- POOLE N. (2003). Aurora Centre Annual Newsletter on 2002 Activities and Evaluation Results. Vancouver: Aurora Centre, BC Women's Hospital.
- POOLE N. (2005). Girls, women and substance use. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, and Colleen Anne Dell, Ph.D., Canadian Centre on Substance Abuse.
- PRENDERGAST MA. (2004). Do women possess a unique susceptibility to the neurotoxic effects of alcohol? *Journal of the American Medical Women's Association*, 2004, 59 (3): 225-227.
- PUNTES-MARKIDES C. (1992). Women and access to health care. *Soc Sci Med* 1992;35:619-26.
- RANDALL CL, ROBERTS JS, DEL BOCA FK, CARROLL KM, CONNORS GJ, et al. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *J Stud Alcohol* 60: 252-260.
- RAZZINO BE, et al. (2004). Gender-related processes and drug use: self-expression with parents, peer group selection, and achievement motivation. *Adolescence* 2004; 39:167-177.
- REDGRAVE GW, SWARTZ KL, ROMANOSKI AJ. (2003). Alcohol misuse by women. *International Review of Psychiatry*, 15, 256-268.
- REHM J. et al. (2004). Alcohol Use. En M. Ezzati, A. Lopez, A. Rodgers, y C. Murray, eds. Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Volumen 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- REICHERT VC, SELTZER V, EFFEREN LS, KOHN N. (2009). Women and tobacco dependence. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(4):877-90, xi.
- RICCIARDELLI LA, CONNOR JP, WILLIAMS RJ, YOUNG RM. (2001). Gender stereotypes and drinking cognitions as indicators of moderate and high risk drinking among young women and men. *Drug and Alcohol Dependence* 2001;61:129-136.
- RICCIARDELLI LA, WILLIAMS RJ, KIERNAN MJ. (1998). Relation of drinking and eating to masculinity and femininity. *J Soc Psychol* 1998;138:744-752.

RICHMAN JA, ROSPENDA KM. (1992). Gender roles and alcohol abuse. Costs of noncaring for future physicians. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180:619–626.

RIGBI, A. YAKIR, A. SARNER-KANYAS, K. POLLAK, Y. LERER, B. (2011). Why do young women smoke? VI. A controlled study of nicotine effects on attention: pharmacogenetic interactions. *Pharmacogenomics J.* 2011 Feb;11(1):45-52.

ROBBINS C. (1989). Sex Differences in Psychosocial Consequences of Alcohol and Drug Abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 30: 117-130.

ROBERTS G, OGBORNE A. (1999). *Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation.* Ottawa: Health Canada, Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, 92.

ROMO N, GIL E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 243-250.

ROONA MR, STREKE A, MARSHALL D. (2003). In: Gullotta T.P., Bloom M., eds. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003, p. 1073–1078.

ROSENFELD A.G. (2001). Women's risk of decision delay in acute myocardial infarction: Implications for research and practice. *AACN Clinical Issues*, 12(1), 29-39.

ROTH ME, COSGROVE KP, CARROLL ME. (2004). Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2004 Oct;28(6):533-46.

RUIZ SM, OSCAR-BERMAN M. (2013). Closing the Gender Gap: The Case for Gender-Specific Alcoholism Research. *J Alcoholism Drug Depend* 1: e106

SALES E, SAMBRANO S, SPRINGER FJ, TURNER C. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: A multi-site model. *Journal Drug Education* 33(1):91-105.

SAMET JM, YOON SY, editors. (2001). *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century.* Geneva: World Health Organization.

SAMET JM. (2010). Smoking in movies: when will the saga end? *Tob Control.* 2010;19(3):173-4.

SAMHSA (2002). *The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs. Making Prevention Effective for Adolescent Boys and Girls: Gender Differences in Substance Use and Prevention.* Monograph Series No. 4 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Prevention, DHHS Publication No. (SMA)00-3375. Rockville, MD.

SAMHSA (2008). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Rockville, MD: 2008.

SÁNCHEZ L. (2006). La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. Mensajes y contenidos. Colección Drogodependencias nº 1. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.

SÁNCHEZ L. (2008). Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

SÁNCHEZ L. (2009). Intervenciones preventivas sensibles a la perspectiva de género. Género y Drogas. Xunta de Galicia.

SÁNCHEZ L. (2012). Género y drogas. Guía informativa. Diputación de Alicante.

SÁNCHEZ L, ALONSO C, MARTÍNEZ F, PEREIRO C. (2014). Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE): Madrid.

SÁNCHEZ L, MANZANERO P, BOLAÑOS E. (2010). Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León. Valladolid: Junta de Casatilla y León.

SARGENT JD, HANEWINKEL R. (2009). Comparing the effects of entertainment media and tobacco marketing on youth smoking in Germany. *Addiction*. 2009;104(5):815-23.

SAYER GP, BRITT H. (1996). Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice. *Soc Sci Med* 1996;42:257-64.

SCHARF D, SHIFFMAN S. (2004). Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled and meta-analyses of clinical trials of bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-69.

SCHINKE SP, FANG L, COLE K.C.A. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194.

SCHINKE SP, COLE KC, FANG L. (2009a). Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: A test of a computer-mediated, motherdaughter program. *Alcohol and Drugs* 2009;70(1):70-7.

SCHINKE SP, FANG L, COLE KC. (2009b). Computer-delivered, parent-involvement intervention to prevent substance use among adolescent girls. *Preventive Medicine* 2009;49(5): 429-35.

SCHINKE SP, FANG L, COLE KC. (2009c). Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother-daughter program. *Addictive Behaviors* 2009;34 (12):1060–4.

SCHNOLL RA. (2009). Sex heterogeneity in pharmacogenetic smoking cessation clinical trials. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; S94–99.

SCHRANS T, SCHELLINCK T, YI Z. (2009). Child and Youth Drinking: The Context of Alcohol Use among Adolescents in Nova Scotia 2009, Nova Scotia Health Promotion and Protection: Halifax, NS.

SCHUCKIT MA, SMITH TL, DANKO GP, ANDERSON KG, BROWN SA, KUPERMAN S, et al. (2005a) Evaluation of a level of response to alcohol-based structural equation model in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol* 2005a;66:174–184.

SCHUCKIT MA, SMITH TL, DANKO GP, KUPERMAN S, BIERUT LJ, HESSELBROCK V. (2005b). Correlations among first-degree relatives for responses on the self-rating of the effects of alcohol questionnaire in teenagers. *Journal of Studies on Alcohol* 2005b;66:62–65

SCHULTE MT, RAMO D, BROWN SA. (2009). Gender Differences in Factors Influencing Alcohol Use and Drinking Progression Among Adolescents. *Clin Psychol Rev* 2009 Aug; 29 (6) :535-47.

SEITZ HK, PELUCCHI C, BAGNARDI V, LA VECCHIA C (2012). Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol Alcohol.* 47:204–12.

SEN G, BATLIWALA S. (2000). Empowering women for reproductive rights. In: Presser H., Sen G., editors. *Women's Empowerment and Reproductive Rights: Moving Beyond Cairo*. Oxford: Oxford University Press.

SILIQINI R, CHIADÒ PIAT S, VERSINO E, GIANINO MM, MUTU D, COSSUTTA M, MANZOLI L. (2009). Gender health and policies: the state of the art from exposure to solutions. *J Prev Med Hyg* 2009; 50:58-75.

SILVERMAN JG, et al. (2001). Dating Violence Against Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior, Pregnancy, and Suicidality. *American Medical Association*, 2001. 286(5): 572-579.

SIMONI-WASTILA L. (1998). Gender and psychotropic drug use. *Med Care* 1998 Jan; 36 (1):88-94.
SLATER JM, GUTHRIE BJ, BOYD CJ. (2001). A feminist theoretical approach to understanding health of adolescent females. *J Adol Health* 2001;28:443–449.

SMITH KM, LARIVE LL, RORNANELLI F. (2002). Club drugs: methylenedioxymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate. *Am J Health Syst Pharm.* 2002 Jun 1;59(11):1067-76.

- SNOW PC, BRUCE DD. (2003) Cigarette smoking in teenage girls: exploring the role of peer reputations, self-concept and coping Health Education Research, Vol. 18, No. 4, 439-452
- SOLAR O, IRWIN A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper. http://www.who.int/social_determinants/resources/csddh_framework_action_05_07.pdf
- SOLHKHAH R, WILENS TE. (1998). Pharmacotherapy of adolescent alcohol and other drug use disorders. Alcohol Health Res World 1998;22(2):122-5.
- SPRING B, HOWE D, BERENDSEN M, et al. (2009). Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2009;104:1472–86.
- SPRINGER JF, SALE E, HERMANN J. (2004), Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. Journal of Primary Prevention 25: 171–219.
- STEINBERG MB, AKINCIGIL A, DELNEVO CD, CRYSTAL S, CARSON JL. (2006). Gender and age disparities for smoking cessation treatment. Am J Prev Med 2006;30:405–12.
- STEWART MJ, KUSHNER KE, GREAVES L, LETOURNEAU N, SPITZER D, BOSCOE M. (2010). Impacts of a support intervention for low-income women who smoke. Soc Sci Med 2010.
- SWENDSEN J. et al. (2009). Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. Addiction. 2009 August ; 104(8): 1346–1355.
- SWIFT R. (2003). Direct measurement of alcohol and its metabolites. Addiction,98 (2),73-80.
- SYPECK MF, GRAY JJ, AHRENS AH. (2004). No longer just a pretty face: fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. Int J Eat Disord. 2004 Nov;36(3):342-7.
- SZALAY LB, INN A, DOHERTY K.T. (1996). Social influences: effects of the social environment on the use of alcohol and other drugs. Substance Use and Misuse, 31, pp. 343–73.
- TAN YY, GAST GM, VAN DER SCHOUW YT. (2010). Gender differences in risk factors for coronary heart disease. Maturitas 2010; 65:149–60.
- TAYLOR B, et al. (2007). Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas: PAHO Multicentric Study Final Report. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- TEUSCH R. (2001). Substance abuse as a symptom of childhood sexual abuse. Psychiatric Services, 52, 1530-1532.

TILDESLEY EA, ANDREWS JA. (2008). The development of children's intentions to use alcohol: Direct and indirect effects of alcohol use and parenting behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008;22:326-339.

TOBLER NS, et. al. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20(4), 275-336.

TOWNSEND P, DAVIDSON N, WHITEHEAD M. (1992). *Inequalities in health: the black report and the health divide*. London: Penguin.

TUBERT S. (2005). La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres. En: López Dóriga, Begoña (compl.). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Instituto de la Mujer. Madrid.

TYAS SL, PEDERSON LL. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*. 1998;7(4):409-20.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

VELASCO S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del M^o de Sanidad y Consumo.

VERBRUGGE LM. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav*. 1989; 30: 282-304.

VIGNA-TAGLIANTI F, VADRUCCI S, FAGGIANO F, BURKHART G, SILIQUINI R, GALANTI MR. and the EU-Dap Study Group (2009). Is Universal Prevention against Youths' Substance Misuse Really Universal? Gender-Specific Effects in the EU-Dap School-Based Prevention Trial. *Journal of Epidemiological and Community Health* 63 (9): 722-728.

VITARO F, DOBKIN P, TREMBLAY R.E. (1994). A school-based program for the prevention of substance abuse. *International Journal of Psychology* 29:431-452.

VITERI SA. (2001). Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer. *Prevención del Tabaquismo* (3): 161-164.

VLASSOFF C. (1994). Gender inequalities in health in the Third World: uncharted ground. *Soc Sci Med* 1994;39:1249-59.

WAGNER E, ATKINS J. (2000). Smoking among teenage girls. *J Child Adoles Subst*. 2000;9:93-110.

WARNER K.E. (2001). Tobacco control policy: From action to evidence and back again. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20(Sup. 2): 2-5.

WAKEFIELD M, MORLEY C, HORAN JK, CUMMINGS KM. (2002). The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tob Control*. 2002;11 Suppl 1:173-80.

WALDRON I. WEISS CC. HUGHES ME. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav*. 1998 Sep;39(3):216-36.

WASILOW-MUELLER S. ERICKSON C.K. (2001). Drug abuse and dependency: Understanding gender differences in etiology and management. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41, 78-90.

WECHSBERG, W.M. CRADDOCK, S.G. HUBBARD, R.L. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drugs & Society*, 13, 97-115.

WEISS F, NICHOLSON H. (1998). Friendly PEERsuasion against substance use: The girls incorporated model and evaluation, *Drugs and Society* 12(112):7-22.

WEYERER S, DILLING H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *J Clin Epidemiol* 1991;44(3):303-311.

WILLIAMS RJ, RICCIARDELLI LA. (1999). Gender congruence in confirmatory and compensatory drinking. *J Psychol* 1999;133:323-331

WILSNACK RW, WILSNACK SC, OBOT I.S. (2005) Why study gender, alcohol and culture? In: Obot I.S. and Room R. (eds.) *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives from Low and Middle Income Countries*, pp. 1-24. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WILSNACK SC, WILSNACK RW. (1991). Epidemiology of women's drinking. *J Subst Abuse*. 1991; 3:133-157.

WILSNACK SC, WILSNACK RW, KANTOR LW. (2013). Focus on: Women and the costs of alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*. 35 (2): 219-228.

WILSON E. (2000). Young women and tobacco. *Women's Health Conference Summary*. Medscape.

WILSON JQ, HERRNSTEIN R.J. (1985). *Crime and Human Nature*. New York: Simon and Schuster.

WOODHOUSE K. (2004). Young people and smoking. In L. Crome, H. Ghodse, E. Gilvary & P. McArdle (Eds.), *Young people and substance misuse*. London: Royal College of Psychiatrists.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Gender and health: Technical paper*. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Women's mental health. An evidence based review*. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004a) *Global status report: Alcohol policy*. Geneva, Switzerland: WHO. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf (accessed 6 July 2009).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004b). International Agency for Research on Cancer. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking - IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, v. 83*. Lyon: IARC Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1

YEH MY, CHIANG IC, HUANG SY. (2006). Gender Differences in Predictors of Drinking Behavior in Adolescents. *Addictive Behaviors* 31 (10): 1929–1938.

YIN RK, KAFETARIAN S. (1998). COSMOS/CSAP. *Cross-site study, community partnerships*. Washington DC.

YIN RK, WARE A.J. (2000). Using outcome data to evaluate community drug prevention initiatives: Pushing the state-of-the-art. *Journal of Community Psychology* 28:323-338.

YOUNG AM, BOYD C, HUBBELL A. (2002). Self-perceived effects of sexual trauma among women who smoke crack. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40, 46-53.

YOUNG SE, CORLEY RP, STALLINGS MC, RHEE SH, CROWLEY TJ, HEWITT JK. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence* 2002;68:309–322.

ZUCKER RA, FITZGERALD HE, MOSES HD. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory.

In: Cicchetti, D.; Cohen, D.J., editors. Developmental Psychopathology Vol. 2: Risk, Disorder, and Adaptation. Oxford, England: John Wiley & Sons; p. 677-711.

ZUCKERMAN M. (1999). Vulnerability to psychopathology: A biosocial model. Washington, DC: American

CANNABIS SOMNIFERO
TASIS TABACO
LIO MASCULINO
RANQUILIZANTE
FEMMININO
COCAINA
ALCOHOL