

impacto social impact



**Desigualdades de género en materia de drogas
¿cómo afecta realmente el alcoholismo a las
mujeres?**

**Gender inequalities in matters of drug addiction: how
does alcoholism really affect women?**

Claudia Calderón Calvo, Marta Ruiz-Narezo,
Nerea Iglesias-López,
Manuel González de Audikana de la Hera

impacto social impact



En el marco de la labor llevada a cabo por la Universidad de Deusto (<http://www.deusto.es/>) en el tema del impacto social de la investigación, anualmente se seleccionan una serie de **proyectos** de investigación con **alto potencial de impacto social**, y a partir de ellos, se elaboran y publican los denominados Deusto Social Impact Briefings (DSIB). Son unas monografías breves dirigidas a entidades sociales, personas usuarias, policy makers, o empresas que, en lenguaje no académico, responden al objetivo de poner de manifiesto la **acción transformadora de la investigación**, posibilitando que los resultados de la investigación de Deusto sean inteligibles para los agentes sociales y puedan ayudarles a responder a los retos de transformación social a los que se enfrentan, ofreciéndoles buenas prácticas, guías o recomendaciones en la labor que desempeñan.

Frecuencia de publicación y formato

Deusto Social Impact Briefings se publica electrónicamente y en versión impresa una vez al año. Su tercer número se publicó en marzo de 2019 como resultado de una convocatoria lanzada a toda la comunidad investigadora en 2018. Este número corresponde a la convocatoria 2019 y se publicará en 2020.

Suscripciones

Actualmente, no se aplican cargos por la presentación, publicación, acceso en línea y descarga. Pocas copias impresas se ponen a disposición de los colaboradores y socios clave.

Derechos de autor

Deusto Social Impact Briefings es una publicación de Acceso Abierto de la Universidad de Deusto (España).

Su contenido es gratuito para su acceso total e inmediato, lectura, búsqueda, descarga, distribución y reutilización en cualquier medio o formato sólo para fines no comerciales y en cumplimiento con cualquier legislación de derechos de autor aplicable, sin la previa autorización del editor o el autor; siempre que la obra original sea debidamente citada y cualquier cambio en el original esté claramente indicado. Cualquier otro uso de su contenido en cualquier medio o formato, ahora conocido o desarrollado en el futuro, requiere el permiso previo por escrito del titular de los derechos de autor.

© Universidad de Deusto
P.O. box 1 - 48080 Bilbao, España
Publicaciones
Tel.: +34-944139162
E-mail: publicaciones@deusto.es
URL: www.deusto-publicaciones.es

ISBN: 978-84-1325-109-7 (version impresa / printed version)
Deposito Legal / Legal Deposit: BI-108-2017

Impreso y encuadernado en España / Printed
and bound in Spain

Within the framework of the work carried out by the University of Deusto (<http://www.deusto.es/>) on the social impact of research, a series of research projects with high potential for social impact are selected annually, and from these, the so-called Deusto Social Impact Briefings (DSIB) are prepared and published as short monographs. They are aimed at social organisations, users, policy-makers and businesses. They seek to ensure that research outcomes are intelligible to all these different social actors. They also seek to provide guidelines, best practices and recommendations to support the tasks of meeting the challenges of social transformation that must be faced.

Publication frequency and format

Deusto Social Impact Briefings is published electronically and in print version once a year. Its third issue appears in March 2019 as result of a call launched in 2018. This issue corresponds to a call launched in 2019 and will be published in 2020.

Subscriptions

Currently, no charges for submission, publication, online access, and download are applicable. Few print copies are freely made available for key collaborators and partners.

Copyrights

Deusto Social Impact Briefings is an Open Access publication of the University of Deusto (Spain).

Copyright for this publication is retained by the Publisher. Any part of its content can be reused in any medium or format only for non-commercial purposes and in compliance with any applicable copyright legislation, without prior permission from the Publisher or the author(s). In any case, proper acknowledgement of the original publication source must be made and any changes to the original work must be clearly indicated. Any other use of its content in any medium or format, now known or developed in the future, requires prior written permission of the copyright holder.

DEUSTO Social Impact Briefings No. 4 (2019)

Dirección y Coordinación Editorial

Rosa María Santibañez Gruber, Universidad de Deusto, España

Antonia Caro González, Universidad de Deusto, España

Comité Científico:

Javier Arellano Yanguas, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Deusto.

Antonia Caro González, Directora de la Oficina de Proyectos Internacionales de Investigación y experta en temas europeos, innovación en gestión de la investigación e impacto social, Universidad de Deusto, España.

Laura Teresa Gómez Urquijo, investigadora y Profesora en la Facultad de Derecho e investigadora del equipo Desarrollo Social, Economía e Innovación para las Personas (EDISPe), Universidad de Deusto, España.

Mikel Larreina Díaz, Profesor en Deusto Business School, Vicedecano de Relaciones Internacionales e investigador del equipo Finanzas, Universidad de Deusto, España.

Amaia Méndez Zorrilla, Profesora en la Facultad de Ingeniería e investigadora del equipo e-VIDA, Universidad de Deusto, España.

Francisco José Ruiz Pérez S.J., Decano de la Facultad de Teología, Universidad de Deusto, España.

Comité Asesor Externo:

Máximo Enrique Gutiérrez Muélledes, Presidente, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR).

Rémy Russotto, Director ejecutivo, Confederación de Organizaciones para la Aplicación de las Normas de Transporte por Carretera.

Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos de España (OSG)

Rosa María Cendón Leris, Coordinadora del área de sensibilización e incidencia política, SICAR cat (Catalunya), España.

Editors

Rosa María Santibañez Gruber, University of Deusto, Spain

Antonia Caro González, University of Deusto, Spain

Scientific Committee:

Javier Arellano Yanguas, Dean of the Faculty of Social and Human Sciences at the University of Deusto, Spain.

Antonia Caro González, Head of the International Research Projects Office and expert in European issues, social impact and innovation in research management at the University of Deusto, Spain.

Laura Teresa Gómez Urquijo, lecturer at the Faculty of Law and researcher in the Economics, Social Development and Innovation for People (EDISPe) team at the University of Deusto, Spain.

Mikel Larreina Díaz, lecturer at Deusto Business School, Associate Dean for International Relations and researcher in Finances team at the Universidad de Deusto, Spain.

Amaia Méndez Zorrilla, lecturer at the Faculty of Engineering and researcher in the e-LIFE team at the University of Deusto, Spain.

Francisco José Ruiz Pérez S.J., Dean of the Faculty of Theology at the University of Deusto, Spain.

External Advisory Board:

Máximo Enrique Gutiérrez Muélledes, President, Spanish Federation of Rehabilitated Gamblers.

Rémy Russotto, Chief Executive Officer, Confederation of Organisations in Road Transport Enforcement (CORTE).

Spanish General Service Office for Anonymous Alcoholics (OSG)

Rosa María Cendón Leris, Coordinator of awareness policy and advocacy area, SICAR cat (Catalunya), Spain.

Oficina Editorial / Editorial Office:

Barbara Rossi, Responsable editorial

DEUSTO Social Impact Briefings

International Research Projects Office (IRPO)

Universidad de Deusto

Avda. Universidades 24

48007 Bilbao

Tel: +34 944 13 90 00 (ext 2136)

Email: Barbara Rossi <barbara.rossi@deusto.es>

Web: <http://www.deusto.es/>

Prólogo

A través de los '**Deusto Social Impact Briefings**' (DSIB) la investigación en Deusto (<http://www.deusto.es/>) persigue trasladar el impacto de sus resultados más allá del mundo académico e incidir, de acuerdo con la misión de la Universidad, en la transformación de la sociedad actual.

La Universidad entiende como investigación e innovación con impacto social aquella que contribuye a procesos de transformación hacia sociedades más justas, diversas e inclusivas, alineando las iniciativas locales y regionales con los retos sociales globales en un proceso de diseño participativo y de co-creación con partenariados multinivel.

En un contexto de crecientes demandas políticas y sociales, los DSIB están dirigidos a entidades sociales, personas usuarias, *policy makers* y/o empresas como parte de un proceso divulgativo de la investigación en forma de buenas prácticas, guías o recomendaciones y con el fin de apoyarles en la labor que desempeñan para responder a los retos de transformación social a los que se enfrentan. La colaboración con los agentes externos es crucial para los investigadores de Deusto para poder definir cuestiones que fomenten el impacto social, el desarrollo sostenible y las soluciones innovadoras.

Los DSIB son monografías breves que permiten mostrar las capacidades de investigación instaladas en Deusto a través de proyectos de investigación desarrollados por personal investigador de nuestra universidad en áreas de conocimiento de alta relevancia social. Se publican en papel y *online* (en castellano e inglés) con una periodicidad anual y podrán encontrarse también en la página web de Deusto Research¹.

En línea con las directrices marcadas dentro del modelo de gestión de la investigación 6i's², la Universidad seleccionó el presente briefing por su alto potencial de impacto social como parte de un conjunto de cuatro briefings.

El briefing *Desigualdades de género en materia de drogas ¿cómo afecta realmente el alcoholismo a las mujeres?* procura estudiar el fenómeno de las drogodependencias desde una perspectiva de género, identificando qué tipo de condicionantes socioculturales y psicológicos intervienen en las mujeres para que desarrollen una serie de factores de riesgo, tanto para el inicio del consumo, como en su continuidad. Adicionalmente, el equipo investigador propone una serie de claves para abordar una atención especializada a las mujeres en este ámbito, con el fin de incrementar la eficacia de las intervenciones.

Queremos agradecer el esfuerzo conjunto del personal investigador y de los agentes sociales en la compleja tarea de repensar los resultados de las investigaciones realizadas en un formato más accesible, esperamos que útil, y que cumpla el potencial impacto social que perseguimos mediante su uso y aplicación por profesionales, ciudadanía, personas usuarias finales, agentes públicos y sociales que trabajáis en los temas.

Agradeciendo de antemano el interés por esta iniciativa quedamos a la espera de nuevas propuestas, sugerencias y comentarios que nos ayuden a mejorar de cara a ediciones sucesivas.

Rosa María Santibañez Gruber
Antonia Caro González
DIRECCIÓN DSIB,
Septiembre 2020

Foreword

Through the **Deusto Social Impact Briefings** (DSIB), researchers at Deusto (<http://www.deusto.es/>) seek to disseminate their findings beyond the confines of the academic world and help to fulfil the University's declared mission to transform today's society.

For the University, "research and innovation with social impact" should help to bring about fairer, more diverse and inclusive societies aligning local and regional initiatives with global societal goals in a process of participatory design and co-creation through multi-stakeholders partnerships.

In a context of increasing policy and societal demands, the DSIB target social organisations, individual users, policy-makers and/or businesses with the aim of providing them with useful guides, recommendations and good practices to face the challenges of social transformation. Collaboration with stakeholders is crucial for Deusto researchers to define questions that foster social impact, sustainable development and innovative solutions.

The DSIB are short, monographic presentations that seek to highlight the research capabilities at Deusto through projects carried out by research teams from the University in topics with high social relevance. They are published in print and online (in Spanish and English) once a year, and can also be found on the Deusto Research¹ website.

In line with the 6 i's Research Model², the University selected this briefing for its potentially high social impact research as part of a series of 4 briefings that make up this fourth edition of the DSIB.

The briefing *Gender inequalities in matters of drug addiction: how does alcoholism really affect women?* aims to study the phenomenon of drug dependence from a gender perspective. This involves identifying what kind of socio-cultural and psychological representations are involved in women, according to their gender role, so that they develop a series of risk factors for them, both for the beginning of consumption and in its continuity. In addition, the research team proposes guidelines for a specialized care for women in this area, in order to increase the effectiveness of required interventions.

We would like to thank all the researchers and social actors involved for their joint efforts in the complex task of re-shaping the outcomes of their research into a more accessible format. We hope this will be useful and that it will fulfil the potential for social impact we seek, becoming a valuable tool for specialists, individual citizens, public-sector and social actors working in the relevant fields.

We would also like to say thank you in advance for any new proposals, suggestions and comments that readers interested in this initiative may wish to make with a view to improving it in future editions.

Rosa Maria Santibañez Gruber
Antonia Caro González
Editors,
September 2020

Desigualdades de género en materia de drogas ¿cómo afecta realmente el alcoholismo a las mujeres?

Claudia Calderón Calvo, Marta Ruiz-Narezo, Nerea Iglesias-López,
Manuel González de Audikana de la Hera

doi: [http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4\(2020\)-pp89-114.pdf](http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4(2020)-pp89-114.pdf)

1. Introducción	11
2. Justificación y destinatarios	12
3. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que las mujeres desarrollen problemas de alcoholismo?	13
4. Conclusiones, reflexiones y recomendaciones.	23
5. Referencias.	26
6. Notas biográficas.	28
ANEXO I. Publicaciones recomendadas acerca de la perspectiva de género	30
ANEXO II. Estudios recomendados acerca del consumo de sustancias	32

Desigualdades de género en materia de drogas ¿cómo afecta realmente el alcoholismo a las mujeres?

Claudia Calderón Calvo, Marta Ruiz-Narezo, Nerea Iglesias-López,
Manuel González de Audikana de la Hera

doi: [http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4\(2020\)-pp89-114.pdf](http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4(2020)-pp89-114.pdf)

Resumen

El alcoholismo es la adicción más generalizada en los países desarrollados, al estar, el alcohol, totalmente imbricado en dichas sociedades. Sin embargo, la relación entre el abuso de alcohol y las mujeres es un espacio olvidado de la investigación, máxime ante los cambios sociales habidos en las últimas décadas que han favorecido un incremento en la incorporación de las mujeres a la vida pública, al trabajo fuera del hogar y a las decisiones políticas. Aprovechando una investigación para la organización de Alcohólicos Anónimos, el Instituto de Drogodependencias se ha aproximado a esta relación propiciando una visión más actualizada, en que se reconoce un claro incremento del alcoholismo en las mujeres que puede estar relacionado con los cambios sociales y económicos habidos en nuestra sociedad y que han afectado a las mujeres.

Palabras clave:

Alcoholismo, Alcoholismo Femenino, Factores favorecedores del consumo abusivo, Alcohólicos Anónimos.

Abstract

Alcoholism is the most widespread addiction in developed countries, given that alcohol is deeply rooted in their societies. However, the link between women and alcohol abuse is a neglected area of research, particularly in view of the social changes that have taken place in the last few decades, with more and more women joining public life, working outside the home and involved in political decision-making. The University of Deusto's Institute of Drug Dependencies has taken the opportunity offered by research commissioned by Alcoholics Anonymous to examine that link with a view to providing a more up-to-date view. This means acknowledging a clear increase in alcoholism among women,

which may be linked to social and economic changes in our society that have affected women.

Key words:

Alcoholism, Female Alcoholism, Factors Conducive to Abusive Alcohol Consumption, Alcoholics Anonymous.

1. Introducción

La “cultura ética” está muy arraigada en nuestra sociedad, soportada por costumbres familiares, sociales e incluso por prácticas religiosas. Y no solo ha resistido el paso del tiempo, sino que se ha reforzado adaptándose a los cambios sociales, de manera que se encuentra presente y con total normalidad, en todo tipo de manifestaciones sociales y culturales, en la literatura, en el cine, en la música, el deporte, los medios de comunicación.

El abuso de alcohol no diferencia clases sociales, países, edades, culturas, personalidades, sino que todas las personas están expuestas, en mayor o menor medida, a poder desarrollar problemas de alcoholismo.

El acceso al consumo y a la dependencia de otras drogas se debe a la exposición de la persona a graves factores de riesgo o dificultades. Sin embargo, el alcohol, al estar tan imbricado en nuestra sociedad, no necesita la presencia de dichos factores, sino que es relativamente fácil desarrollar estilos de vida en los que el consumo de alcohol es frecuente e intenso, facilitando el desarrollo de la adicción.

Esta misma cultura ética, que promueve y alaba el uso del alcohol, condena y sanciona a la vez uno de sus efectos, el alcoholismo, evaluando y estableciendo distinciones entre las prácticas e interacciones sociales de consumo y los problemas de las personas que padecen una dependencia del alcohol. Esas reprobaciones recaen con más fuerza en las mujeres, porque socialmente se considera, que su papel como madre y cuidadora es “sagrado” y se puede ver conculcado por la dependencia (Llinares y Lloret, 2010).

La mayoría de las investigaciones (Gómez Moya, 2004) acerca de las características de los consumos de drogas, así como de las drogodependencias en general, han centrado su atención en la incidencia en hombres y mujeres basándose en las características sexuales y/o biológicas para explicar las diferencias percibidas. Por otra parte, **la incidencia del alcoholismo en las mujeres ha sido un fenómeno minusvalorado históricamente**. En principio, ha podido influir la relegación que el consumo de alcohol ha sufrido frente al de otras drogas que, aunque menos numeroso, representaba una nueva problemática. A esto habría que sumar la mayor incidencia del alcoholismo en los varones.

En los **últimos años se ha comenzado a incorporar la perspectiva de género** en numerosas intervenciones socio-sanitarias, entre ellas en el de las drogodependencias. Profesionales de la investigación y la atención directa han destacado **la importancia de prestar una atención especializada a las mujeres con problemas de adicciones para incrementar la eficacia de las intervenciones** (Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcoholismo y otras Toxicomanías, 2012; Pons,

2012; Llort et al., 2013; Arostegui y Martínez, 2018). Además, hay que tener en cuenta que las mujeres tienen una menor capacidad de metabolizar el alcohol que los varones y que, por lo tanto, con consumos similares a ellos, la sintomatología y los posibles problemas aparecerán antes (Fundación Atenea, 2016).

Estudiar el fenómeno de las drogodependencias desde una perspectiva de género implica ir más allá. Supone identificar qué tipo de representaciones socioculturales y psicológicas intervienen en las mujeres, en función del rol de género (SAHMSA, 2009), para que ellas desarrollen una serie de factores de riesgo para el, tanto para el inicio del consumo, como en su continuidad.

2. Justificación y destinatarios

El Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA) recoge las demandas de asistencia por consumo de drogas cada año y desde su informe de 2009 incorpora las demandas asistenciales por alcohol, apuntando en 2019 que el 35,5% de las admisiones a tratamiento, lo son por esta causa. Además, también tiene en cuenta, el sexo de estas personas, siendo en 2009 el 18,2% mujeres, en 2015 el 22,1% y en 2019 el 22,7% (OEDA 2009, 2015 y 2019). Por tanto, la ratio de 7/8 varones por mujer que se estimaba hace cuatro décadas, se ha visto reducida en la actualidad a la mitad, es decir, a 3/4 varones por cada mujer. A pesar de ello, no son habituales las investigaciones que tratan este tema específico en la población femenina.

El dispositivo asistencial para abordar la problemática derivada del uso de drogas en general, y del alcoholismo en particular, está diseñado en función de los varones, al ser los usuarios más habituales. Esto dificulta que desde los servicios asistenciales se ofrezca una atención efectiva que mejore los itinerarios de rehabilitación y los índices de adherencia al tratamiento de las mujeres (Góngora Soberanes y Leyva Piña, 2005; Monras Arnau, 2010).

El presente briefing describe algunas características del alcoholismo en las mujeres y ofrece un breve análisis de las principales barreras a las que deben enfrentarse las mujeres con problemas de alcoholismo tanto en el acceso como en la adherencia al tratamiento, ya sea a recursos del área de salud pública como a los servicios ofrecidos por entidades del tercer sector.

Por lo tanto, nuestro análisis tiene como objetivos:

- ***Sensibilizar ante el alcoholismo femenino, que ya no es tan minoritario, y que además incorpora nuevos modelos de consumo y nuevos perfiles de mujeres consumidoras.***
- ***Presentar la problemática del encaje de las mujeres en los dispositivos asistenciales convencionales, al estar diseñados para los varones y no tener en cuenta las condiciones vitales de las mujeres.***

Este briefing se dirige a las personas profesionales de recursos sanitarios y sociales que por su trabajo puedan estar en contacto con mujeres con consumos abusivos de alcohol y que puedan detectarlos e intervenir sobre los mismos, proporcionando pautas destinadas a por un lado, reducir dichos consumos y por otro, orientar hacia intervenciones especialidades que acompañen esos procesos.

Notas sobre Alcohólicos Anónimos de obligada lectura

La organización de Alcohólicos Anónimos (AA) es una comunidad internacional, cuya finalidad es la de ayudar a las personas a luchar contra la enfermedad del alcoholismo. Está compuesta por personas bebedoras a quienes el consumo de alcohol ha deteriorado en diversas esferas de su vida y han sentido la necesidad de conseguir la abstinencia y mantenerla. Sus actividades no constituyen un programa terapéutico para las personas enfermas alcohólicas, ya que Alcohólicos Anónimos no es una organización socio-sanitaria ni tiene profesionales, sino que sus miembros son exclusivamente personas afectadas por alcoholismo que se apoyan unas con otras para mantener la abstinencia.

Una de las características de AA es que ninguno de los aspectos del Programa de Recuperación es de obligado cumplimiento, sino que son aspectos sugeridos y voluntarios, de manera que no hay una obligación en cuanto a la frecuencia de asistencia a las reuniones, ni hay obligación para asumir responsabilidades, participar en la estructura, o en actividades para la comunidad.

3. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que las mujeres desarrollen problemas de alcoholismo?

La Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos del Estado Español (OSG) encargó, en 2017, al Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto (IDD) la elaboración de un informe, que se realiza quinquenalmente, sobre

sus miembros y sus grupos. De enero a febrero de 2017 se elaboraron los cuestionarios, siguiendo las sugerencias de la OSG; de marzo a agosto se realizó el trabajo de campo y a finales de 2018 se terminó de elaborar el informe definitivo.

Tras el primer análisis, se detectaron diferencias significativas entre varones y mujeres siendo las mismas lo suficientemente relevantes como para realizar un análisis ad hoc en profundidad con los datos recogidos. De tal manera que este briefing está realizado a partir de tres fuentes de datos: 1) los datos recogidos a través de los cuestionarios cuantitativos en la investigación de Alcohólicos Anónimos que realizamos en 2017/2018; 2) las entrevistas cualitativas realizadas a mujeres alcohólicas; y 3) el análisis bibliográfico y el contraste de datos de estadísticas generales y las más específicas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPND)¹.

a. La influencia de la doble jornada “laboral” en las mujeres

La idea de que el consumo de alcohol entre varones y mujeres tiende actualmente a igualarse está muy aceptada y se atribuye a que el rol femenino se está equiparando, progresivamente, al rol masculino y las mujeres adoptan patrones de comportamiento históricamente asociados al hombre, como el del consumo de alcohol (Schwarz, Burtscheidt, Gaebel, y Möller-Leimkühler, 2002).

Pero una cosa es el **consumo de alcohol**, influenciado básicamente por estilos de vida y patrones sociales y culturales y otra es el **consumo abusivo de alcohol**, el cual también se incrementa entre las mujeres. Este aumento se atribuye a que la incorporación de la mujer al mercado laboral, no ha venido acompañada de la asunción por parte de los varones de sus obligaciones familiares, lo que obliga a la mujer a desarrollar un doble papel como mujer trabajadora y como madre, esposa, cuidadora... en el hogar, aumentando su estrés (Aizpiri y Marcos, 1996; Moral, Rodríguez Díaz, y Sirvent, 2006).

Por eso, algunos factores de riesgo son comunes a hombres y mujeres, pero otros son específicos en las mujeres y tienen una mayor influencia en el desarrollo de una posible adicción al alcohol (Diputación de Alicante, 2012).

¹ Advertencia sobre la limitación de esta investigación: al igual que en investigaciones precedentes, la selección de la muestra no ha sido aleatoria, como marcan los cánones académicos, porque en AA se carece de un censo o de un registro de miembros, lo que imposibilita realizar una selección probabilística. En consecuencia, los datos no son estadísticamente representativos del conjunto de AA sino únicamente de aquellas personas y grupos participantes en el estudio. Han cumplimentado el cuestionario 2.309 miembros y 226 grupos, lo que supone una alta participación. Hay 392 personas que refieren a 58 grupos que no han contestado como grupo, por lo que hay 284 grupos localizados (226+58) y se han estimado entre 3.890 y 4.397 personas en AA, por lo que las respuestas suponen entre el 59,4% y el 52,5% del total estimado.

En la Tabla 1 se comparan tres poblaciones, la de alcohólicos anónimos (AA), la de personas atendidas por alcoholismo en la red pública (OEDA) y la población general (España). También se comparan datos relativos a hombres y mujeres donde puede observarse cómo **la proporción de mujeres con estudios superiores en AA es muy similar a la media del conjunto de la población del estado y mucho más elevada que las mujeres atendidas en la red pública. Pero, quizás, lo más destacado es que las mujeres atendidas en AA muestran una baja proporción en estudios primarios, bastante menor que la media estatal pero muchísimo menor que las atendidas en la red pública.**

TABLA 1. Distribución de la población según estudios primarios/superiores entre varones y mujeres según sea población de alcohólicos anónimos (AA), población de personas atendidas en la red pública (OEDA) y población general (España)

Nivel de estudios	Hombres (%)			Mujeres (%)			Total (%)		
	AA	OEDA	España	AA	OEDA	España	AA	OEDA	España
Primaria	40,00	54,30	43,50	27,80	44,0	38,30	36,80	52,0	40,90
Superiores	25,40	8,20	33,80	37,70	14,20	38,90	28,70	9,60	36,40

Con respecto al trabajo **fuera del hogar** el estudio ha revelado que las mujeres de AA tienen una proporción de actividad superior a la media de España y sólo un poco por debajo de la media de los varones del Estado (**ver Tabla 2**).

TABLA 2. Proporción de la población que trabaja fuera del hogar entre varones y mujeres según sea población de alcohólicos anónimos (AA), población de personas atendidas en la red pública (OEDA) y población general (España)

Actividad	Hombres (%)			Mujeres (%)			TOTAL (%)		
	AA	OEDA	España	AA	OEDA	España	AA	OEDA	España
Trabajo fuera	74,10	43,30	64,90	60,90	44	52,90	70,60	43,50	58,70

Lo que puede apuntar a que para el caso de **las mujeres la idea de la doble jornada es verosímil**, porque nos encontramos que en AA muchas de estas personas son mujeres en activo y con estudios superiores y, por tanto, con posibles trabajos cualificados. Por tanto, cuando se hace referencia a la doble jornada es

debido a que las mujeres que tienen un empleo no solo deben cumplir con él sino también con las responsabilidades derivadas del hogar como el cuidado de los hijos e hijas, las tareas de casa... debido a que socialmente siguen siendo impuestas a las mujeres en mayor proporción, tornándose complicada la conciliación de la vida familiar y laboral.

b. Las dificultades personales y familiares

En lo que respecta a la edad, no se detectan grandes diferencias entre los varones y las mujeres tanto en el mismo grupo (AA/OEDA), como entre la media de la población del Estado con una ratio que va desde la media de edad de los varones del Estado con 41,6 años, el valor más bajo, hasta los 46,8 años, de las mujeres que inician el tratamiento en la red pública, el más elevado.

En lo que respecta a **las causas para pasar de un consumo habitual a uno problemático**, las diferencias entre varones y mujeres son considerables, las mujeres apuntan hacia problemas personales y familiares, mientras que los varones no refieren problemas, sino más bien situaciones relacionadas con estilos de vida y ocupación del ocio; mientras que las causas relacionadas con los temas más personales (debilidad personal) están muy equilibradas (Tabla 3).

TABLA 3. Motivos para pasar a consumo problemático, comparación en varones y mujeres de la población de alcohólicos anónimos (AA)

Motivos para pasar de consumo habitual a consumo problema	Sexo				
	Hombre (%)	Mujer (%)	Total (%)	Hombre	Mujer
Nada-ninguno	33,30	23,80	30,80		
La rutina de la vida, la falta de otro ocio	8,60	2,70	7,00	46,9	29,5
Malas compañías	5,00	3,00	4,40		
Mi debilidad personal, que no me controlo	26,70	20,60	25,10	26,70	20,60
Problemas personales y familiares	18,60	42,30	24,90	21,1	44,0
Otros problemas (trabajo, paro, dinero...)	2,50	1,70	2,30		

En relación con **los motivos para incrementar la ingesta de alcohol**, hay otra variable que arroja luz sobre la diferencia entre mujeres y varones y es la situación de convivencia. Mientras que la soltería es similar entre varones y mujeres, la gran mayoría de los varones están emparejados (60,6%), sin embargo, entre

las mujeres el grupo más numeroso es el de viudas y separadas (antes SI / Ahora No en la Tabla 4).

TABLA 4. Situación de convivencia, comparación en varones y mujeres de la población de alcohólicos anónimos (AA)

Situación convivencial de las personas	Sexo	
	Hombre (%)	Mujer (%)
Soltería	15,90	17,80
Antes SI / Ahora NO (Viudos/as-+ Separados/as)	23,40	37,30
Emparejadas (Casada + Convivencia)	60,60	44,90
Total	1668	601

Estos datos pueden ayudarnos a comprender el proceso que atraviesan algunas mujeres:

- Se inician en el consumo con sus estudios secundarios y universitarios,
- Durante su etapa profesional adoptan modelos de ocio similares a los varones y se quedan en los bares al salir del trabajo tomando algo,
- El emparejamiento no cambia demasiado las cosas en cuanto al consumo,
- Una pérdida grave por fallecimiento (minoritario), o ruptura de la pareja (más habitual) genera sufrimiento y dificultades, las cuales favorecen la prolongación de ese ocio y el incremento de las ingestas hasta situaciones problemáticas.

Hay otro dato que apunta la **diferencia entre personas casadas y separadas**, concretamente, se trata de la forma de abordar el alcoholismo de la pareja, ya que es habitual que las mujeres no abandonen a los maridos alcohólicos implicándose en el tratamiento, mientras que si la mujer es la alcohólica, es frecuente que ellos las abandonen a su suerte, teniendo que recurrir al apoyo de otras personas también mujeres como madres y hermanas.

c. Dificultades al acceso a los recursos padecidos por las mujeres

Se ha recogido la proporción de mujeres tratadas en los centros públicos y concertados de la red según el OEDA, que son el 22,3%, (6.128 de las 27.469 personas tratadas por alcoholismo), mientras que los datos proporcionados por los

grupos de AA señalan un 29,3% de mujeres. La proporción de mujeres del grupo de AA es sensiblemente superior al de mujeres de la red pública. También hemos accedido a los datos sobre la proporción de mujeres en los grupos de AA de diversos países, por ejemplo, en Gran Bretaña son el 40%, en Francia el 36% y en Italia el 30%. Estos datos apuntan a que, las mujeres utilizan más unos recursos que otros.

Por esto uno de los objetivos del presente trabajo es analizar las principales barreras, de acceso y de adherencia al tratamiento y/o recursos asistenciales por las mujeres, diferenciándose en tres bloques temáticos: 1) *Conciliación del tratamiento con la vida familiar y laboral*, 2) *Influencia del estigma en el acceso a recursos de trata mentales* y 3) *El Estado emocional*.

Para el desarrollo de este apartado hemos incorporado los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a mujeres pertenecientes a Alcohólicos Anónimos.

1. *Conciliación del tratamiento con la vida familiar y laboral*

Las dificultades para compatibilizar la vida familiar y laboral se traducen, a menudo, en un conflicto de roles, así como en sentimientos de disonancia y frustración, lo que favorece consumos frecuentes, especialmente en mujeres que ya tienen un hábito de consumo.

Una de las principales barreras tanto de acceso como de adherencia a los tratamientos destinados a la deshabituación del consumo de drogas en la población general es la dificultad para poder conciliar el tratamiento con la vida familiar y profesional; la incorporación de la mujer al ámbito laboral se muestra como una dificultad añadida ya que ambos ámbitos se mantienen activos a la par y se produce una contradicción entre las expectativas de la mujer tanto en la esfera familiar como individual y laboral.

Es habitual que cuando la mujer sufre el problema de alcoholismo no cuente con el apoyo de su pareja al contrario que el hombre (Monras Arnau, 2010).

Estos hechos, ya sea por una separación o por la imposición social de que la mujer sea la encargada de la crianza, dificultan la posibilidad de acceder a tratamientos muy rígidos donde la asistencia diaria o intensa es indispensable.

“Yo por ejemplo he tenido que tirar con mis dos hijos para delante, borracha o no borracha o como sería, los he tenido que llevar y trabajando y trabajando y los he llevado bien porque ya te digo tengo dos hijos maravillosos”.

Hay que tener en cuenta que un dispositivo como el **centro de día** requiere de asistencia diaria. Los ingresos hospitalarios, cuyo objetivo es la desintoxicación o tratar cuadros de depresión y/o ansiedad, pueden durar desde semanas a meses. La **comunidad terapéutica** resulta inviable para una mujer con menores de edad a cargo y sin apoyo familiar al forzarla a ausentarse del hogar durante un periodo comprendido entre los 6 y 12 meses. Por todo ello, las mujeres tienen la posibilidad de encajar mejor en recursos menos rígidos, si bien dicha rigidez no está en ningún caso ligada a una menor exigencia o incluso un menor compromiso terapéutico.

“Es el único sitio que te da la libertad de venir si quieres, si quieres no vienes, vienes en la medida que tú necesitas, hay semanas que vengo un día, hay semanas que venga dos días, hay semanas que vengo los tres...hay semanas que no vengo ninguno, según tu necesidad, no te importa nadie, no está registrado en ningún sitio, claro, aquí tienes la libertad”.

Un exigente tratamiento en la red pública de salud mental puede vivirse como algo muy doloroso, por el hecho de estar separada de las hijas e hijos, causando un grave deterioro en los estados de ánimo.

“Cuando me ingresaron en esa semana, que fue porque ellos quisieron, tuve que renunciar a ver a mi hija una semana que fue lo peor que me han podido hacer, tuve que renunciar a muchas cosas”.

Este hecho está relacionado con lo que afirmó el sociólogo Emile Durkheim sobre cómo a través de mecanismos como la culpa y la frustración queda manifestada la fuerza de la coerción social que impone el rol de cuidadora a la mujer (Instituto de la mujer, s.f).

Desde una perspectiva de género, las mujeres son las encargadas de la crianza y de los hijos/as y la última responsabilidad sobre los mismos recae en ellas, por lo que muchas no acuden al tratamiento hasta que sus hijos/as son mayores, requieren menos atención y no corren el riesgo de que les retiren la patria potestad (Monras Arnau, 2010; Hedrich, 2020).

Una vez acceden a los recursos, en este caso al de Alcohólicos Anónimos, resulta reseñable la frecuencia de asistencia a sus reuniones, ya que el 30% de los hombres acude regularmente, todos o casi todos los días, mientras que en el caso de las mujeres baja el porcentaje al 25%, pero se incrementan las asistencias de inmediatamente inferior frecuencia, de dos veces y una vez por semana.

El hecho de que las mujeres asistan con menor frecuencia a las reuniones puede estar motivado por la mayor carga de las responsabilidades familiares que dificultan el tratamiento e incrementan las fuertes dificultades para conciliar la vida personal con el tratamiento de deshabituación.

Algunos estudios evidencian la situación de precariedad laboral que pueden tener estas mujeres, lo que genera incompatibilidad de horarios a la hora de acudir a las reuniones como, por ejemplo, el hecho de no tener un horario fijo, estar pluriempleada o tener que cambiar con frecuencia de puesto de trabajo a raíz de tener contratos temporales.

Destaca, así mismo, que las mujeres, a diferencia de los hombres, a pesar de encontrarse inmersas en un trastorno por uso y abuso de consumo de alcohol, priorizan el cuidado de sus hijos e hijas en la medida de sus posibilidades, es decir, olvidan cuidarse a ellas mismas para dedicarse al cuidado de otros.

“Me iba a casa hacía lo que hacía y ya me ponía a beber, pues hacía las camas, recoger un poco por encima y a tumbarme en el sofá, es lo que hacía, si tenía ganas igual ponía unas lentejas o hacía comida, depende... Más bien no, más bien sí... día tras día todo mal, todo alborotado, luego iba a buscarles ya iba bien e iba por la línea de las baldosas para asegurarme de que iba derecha, les cogía, cogía el pan y venían comían y eso”.

Por todo ello, dar el paso de iniciar un tratamiento resulta muy complejo debido al hecho de tener que afrontar que van a tener que dedicar una parte de su tiempo a dicho proceso y que, por tanto, van a tener menos tiempo para estar y/o cuidar a sus hijos/as y su familia, lo que les genera frustración al pensar que ya no son “válidas”.

No debemos olvidar que, por un lado, las tareas del cuidado a otras personas proporcionan a las mujeres en muchos casos **una identidad de género** definida por roles sociales y culturales; y, por otro lado, abandonar dichas tareas las expone al enjuiciamiento por parte del resto de la familia y de la sociedad al descubrirse como “mujeres alcohólicas”.

“Que siempre has tirado para delante y ahora que te digan esto, que no vas a poder ser capaz de cuidar a tu nieto que es un bebé y eso me tocó en el alma y fue que ya me vi derrotada ¿no?”.

El empleo es otro elemento que viene a complicar esta situación ya que requiere conciliar el proceso terapéutico o tratamental con la vida familiar y con la vida laboral. Recordemos que el 61% de las mujeres de AA están en activo, mientras que esa cifra baja al 44% en el caso de las mujeres atendidas en la red pública. Este es otro dato que apunala esta idea de las dificultades de conciliación.

“Los sábados y domingos estuve tres años sin un solo día de fiesta, pero yo sacaba un rato para venir a alcohólicos anónimos, yo iba a las reuniones de 19.00 a 20.00 y me tenía que marchar y me daba una pena... pero... hombre necesitaba trabajar”.

2. Influencia del estigma en el acceso a recursos tratamentales

Este tipo de dificultades, como la adicción, tienden a ocultarse, pero en las mujeres la ocultación es mucho mayor. Ellas acuden en mayor medida al sistema de salud, generalmente a los servicios de atención primaria y tienden a ocultar sus problemas con el consumo de sustancias debido a la estigmatización social existente por el hecho de transgredir los comportamientos asignados a las mujeres y el juicio moral que eso supone (Forth-Finegan, 1991; Jarvis, 1992; y Hedrich, 2000).

“Antes ya estaba en tratamiento psiquiátrico, a mí me empezaron a tratar como una depresión cuando tenía 21 años o así y a raíz de esto el tratamiento psiquiátrico fue a más”.

Esta hipótesis se refuerza con algunos de los datos obtenidos en la investigación de AA, ya que por ejemplo el 47,4% de los varones no tuvo un tratamiento previo mientras que entre las mujeres las que no realizaron algún tratamiento anterior fueron el 51,1%. También, respecto a los varones, en el 70,3% de los casos, el médico de cabecera conoce su pertenencia a AA, mientras que entre las mujeres esta cifra disminuye ligeramente, alcanzando el 66,7%.

“Jo, en muchas, a mí se me notaba a la legua, jo pues mismamente a los médicos les mentía, totalmente, no no que estoy sin beber que llevo seis días sin beber, era mentira totalmente, como que ellos no me iban a notar... como que les iba a engañar”.

“Mira, al único que nunca se lo he dicho, al médico de cabecera, quizás por vergüenza porque era la misma doctora que mi madre”.

Siguiendo la misma línea, el estigma contribuye de manera directa en la detección tardía de los problemas de drogadicción en las mujeres, por un lado, por la tendencia a ocultarlo y por otro lado por la vida social normalizada que llevan muchas de ellas aspecto que dificulta notablemente que los profesionales identifiquen su problemática (Castaños y Palop, 2007).

“Le decía (a mi marido y amigos) que iba a hacer un pis y subía a casa y entonces subía yo primero me ponía bien, pegaba un buen lingotazo y ya estaba, bajaba. En la calle alternaba con zurito sin alcohol... imagínate”.

A este hecho hay que añadir que una gran proporción de las mujeres, sobre todo las de edad más avanzada, han experimentado **situaciones estigmatizantes no solo por parte del entorno sociofamiliar sino también por algunos profesionales.**

“Porque yo, además, tenía el estómago mal y yo iba al médico, me decía señora. y yo iba borracha perdida y me decía señora no venga así, para venir aquí así mejor que no venga y yo le gritaba ¡a ver si usted sabe si he bebido o no, que sabrá! unos escándalos se montaban...me decía no vengas así y nunca me dijo vete a tal sitio o vete a cuál sitio, no me dijo nunca”.

Es frecuente que las mujeres que deciden dar el paso de acudir a tratamiento tengan que lidiar con sentimientos de impotencia y desamparo ante su adicción lo que deriva en situaciones de incomprensión y, por tanto, dificulta una correcta adhesión al tratamiento (Monras Arnau, 2010).

3. Estado emocional

En la Tabla 5 se ha constatado la importancia de los problemas personales y familiares en las mujeres como variable influyente para pasar de consumos habituales a problemáticos, a diferencia de los varones entre quienes esta variable tiene poco peso.

TABLA 5. Motivos para pasar a consumo problemático, comparación en varones y mujeres de la población de alcohólicos anónimos (AA)

Motivos para pasar de consumo habitual a consumo problema	Sexo				
	Hombre (%)	Mujer (%)	Total (%)	Hombre	Mujer
Nada-ninguno	33,30	23,80	30,80		
La rutina de la vida, la falta de otro ocio	8,60	2,70	7,00	46,9	29,5
Malas compañías	5,00	3,00	4,40		
Mi debilidad personal, que no me controlo	26,70	20,60	25,10	26,70	20,60
Problemas personales y familiares	18,60	42,30	24,90		
Otros problemas (trabajo, paro, dinero...)	2,50	1,70	2,30	21,1	44,0

Este elemento es refrendado en diversas entrevistas como elemento que dificulta el avance hacia un tratamiento al generar sentimiento de culpabilidad sobre todo hacia la falta de atención a los hijos e hijas, y junto al miedo de ser señaladas.

“Me atacaba yo a mí misma, claro pensamientos de suicidio, que hago yo aquí, maltratando a unos hijos... (Llora) es que todo eso es... mmm... hay que tenerlo, hay que vivirlo para saber lo que es, es que es horrible”.

“Muy mal, muy mal, angustiada, muy angustiada, con ganas de morirme, de llorar, mucha culpabilidad, rota por dentro, todavía peor que cuando bebo o antes de beber, digamos que dura muy poco la anestesia en el cuerpo”.

“Anteriormente mis hijos, lo que han sufrido mis hijos, han sufrido muchísimo, a ver, vergüenza, que yo creo que la vergüenza, el dolor, es que yo soy hija de alcohólico. Todos los días he pensado que soy mala madre por beber, yo personalmente no he hecho distinción entre un hombre alcohólico o una mujer alcohólica, el que lo hace es la sociedad, a las mujeres se nos ve peor”.

4. Conclusiones, reflexiones y recomendaciones

El **consumo de alcohol entre las mujeres se ha incrementado en las últimas décadas** favorecido por cambios culturales y sociales con respecto a las costumbres diferenciales de varones y mujeres, así como por el “nuevo” rol de las mujeres, pasando de “amas de casa” y cuidadoras a trabajadoras y profesionales. De esta

manera, a un modelo de consumo de alcohol tradicional de “ama de casa”, se ha sumado otro modelo de consumo más similar al de los varones, ligado a las relaciones sociales y profesionales.

El paso de un consumo esporádico al desarrollo de una dependencia se produce por la influencia de **una serie de factores de riesgo**, que en el caso de las mujeres difieren de los varones, al influir los problemas personales y familiares como las rupturas de pareja y las tensiones de compatibilizar las obligaciones en el hogar con las responsabilidades laborales, entre otras cosas, porque las parejas no asumen su parte alicuota de responsabilidad en la vida familiar.

Es recomendable que los servicios sanitarios y sociales de primer contacto tengan en cuenta estos nuevos consumos abusivos por parte de mujeres profesionales que se escapan de los modelos de consumo tradicionales y puedan reconducirse hacia estilos de vida más saludables.

Los dispositivos asistenciales oficiales para atender a las personas con problemas con el alcohol están pensados para los varones y las mujeres tienen un difícil encaje para compatibilizar el tratamiento con la vida profesional y las obligaciones familiares.

Por ello se pueden proponer diversas intervenciones complementarias como:

- **Flexibilidad en las intervenciones**, para lo cual puede ayudarse a través de colaboraciones con los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), como AA, que permitan complementar el tratamiento, reforzando la abstinencia por el trabajo del grupo, mientras se pautan con más flexibilidad sesiones terapéuticas de trabajo individual. De hecho, es notable que en Italia el 30% las personas afectadas conocen AA por su médico de cabecera, en GB es el 33% y en Francia el 34%, mientras que en España esa cifra desciende al 20%.
- **Fomentar los grupos terapéuticos exclusivos para mujeres**, en los que se puedan tratar temas delicados, que no son fáciles de tratar en grupos mixtos.
- **Desarrollar intervenciones multidisciplinarias** ya que tanto las causas del alcoholismo en las mujeres como sus consecuencias, tienen orígenes diversos y, por tanto, necesitan abordajes complementarios desde la atención primaria, la psicología, el ámbito socio-sanitario, etc.

La variable perspectiva de género no está presente ni en la conceptualización del alcoholismo, ni en la constancia de las variables que pueden influir, ni en las alternativas que se deben promocionar para superarlo.

Por ello, se debería de avanzar sobre ello a través de:

- **Investigaciones específicas del consumo de drogas desde una perspectiva de género** para indagar no solo en las diferencias de consumo entre hombres y mujeres a nivel físico y psicológico sino también para poder identificar las principales barreras de acceso y/o adherencia, así como los principales errores que se cometen a la hora de abordar un proceso terapéutico con mujeres.
- Desarrollar **campañas de visibilización y sensibilización del consumo de drogas en mujeres**, especialmente de los riesgos del alcohol ya que es muy posible que las mujeres profesionales se consideren a salvo de tal problema al tener una visión errónea del mismo.
- **Denunciar campañas sexistas** sobre el consumo de alcohol ya que la mujer es fisiológicamente más vulnerable que el varón al ser menor su capacidad para metabolizar el alcohol.

5. Referencias

- Aizpiri Díaz, J.J., y Marcos Frías, J.F. (1996). Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson.
- Arostegui, Elisabete., & Martínez, Patricia. (2018). Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Bilbao: Deusto. ISBN: 978-84-1325-029-8.
- Castaños, M. y Palop, M. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Programa de salud y servicios sociales, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Diputación de Alicante. (2012). Género y drogas: guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.
- Forth-Finegan, Jahn L., "Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review," en Bepko, CL. Feminism and Addiction. The Haworth Press. New York. (1991).
- Fundación Atenea. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.
- Gómez Moya, J., Arnal Gómez, A., Muñoz Rodríguez, D., y Martínez Villanova, A. M. (2010). Mujeres y uso del alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 273-283.
- Góngora Soberanes, J. y Leyva Piña, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano* (132), 84-91.
- Hedrich, D. Problem drug use by women. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).Lisboa. P-PG/ Treatment (2000) 3. Strasbourg.
- Instituto de la Mujer. (s.f). Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Ministerio de Igualdad.
- Jarvis, TJ. (1999). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addictions* 87, 1249-1261.
- Llinares Pellicer, M. C. y Lloret Botonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista*, 28(62) ,115-132.
- Llort Suárez, A. ; Fernando Esquerré, Sara ; Borrás Cabacés, T. y Purroy Aritzeta, Inma. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20 :9-22.
- Monras Arnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352.
- Moral, M.V., Rodríguez Díaz, F.J., y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (OEAD) (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Pons, Alba (2012). Interferències. Trabajo Social y (Trans)formación de Género. Revista de Treball Social, 195, 109-120.

SAHMSA, (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2009) Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Office of Applied Studies. NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434. Rockville, MD: SAMHSA.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcoholismo y otras toxicomanías. (2012). Mujer y Alcohol. Symposium científico celebrado en Valencia.

Extraído de <https://www.google.es/search?q=SYMPOSIUM+CIENT%C3%8DFICO+MUJER+Y+ALCOHOLyq=SYMPOSIUM+CIENT%C3%8DFICO+MUJER+Y+ALCOHOLyaqs=-chrome..69i57.1158j0j9ysourceid=chromeyie=UTF-8> (Consultado el 1 de mayo de 2018).

6. Notas biograficas



Claudia Calderón Calvo

Graduada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Madrid. Graduada en Educación Social por la Universidad de Deusto, siendo primera de su promoción y obteniendo el Premio Extraordinario Fin de Carrera. Seleccionada para participar en el programa de Bizkaia Talent durante el curso 2016-17. Comenzó su labor investigadora tras obtener la beca Ikaiker de Gobierno Vasco en ese mismo año. Colabora desde entonces en diversos proyectos de investigación del Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, relacionados principalmente con la perspectiva de género. Máster en Drogodependencias y otras Adicciones, por la Universidad de Deusto y Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria, por la Universidad Jaume I. Su trayectoria profesional está dirigida principalmente al ámbito de las drogodependencias y la salud mental.



Marta Ruiz-Narezo

Graduada en Educación Social, Máster en Drogodependencias y otras adicciones y Doctora en Innovación Educativa y Aprendizaje a lo largo de la vida por la Universidad de Deusto. La trayectoria profesional se centra en la intervención socioeducativa con colectivos en situación de alta exclusión social o exclusión social extrema, principalmente relacionados con el área de las toxicomanías y el internamiento penitenciario. En la actualidad es además de docente en el Grado de Educación Social y Doble Grado Educación Social + Trabajo Social, la coordinadora de dicha titulación: Grado en Educación Social de la Universidad de Deusto. Las principales líneas de investigación, además de las relacionadas con las toxicomanías, y el ámbito penitenciario, versan sobre las conductas de riesgo adolescente, siendo el ámbito de realización de mi tesis doctoral: “Conductas de riesgo adolescente. Factores de riesgo y factores de protección”, obteniendo calificación sobresaliente CUM LAUDE.



Nerea Iglesias-López

Licenciada en Psicología con especialidad en neuropsicología en el año 2013 por la Universidad de Deusto, donde también cursé el máster en Psicología General Sanitaria durante los años 2015-2017. Aunque estoy especializada en adultos, también cuento con experiencia profesional en el ámbito infantil, así como experiencia en el ámbito de la neuropsicología con adultos y tercera edad. Desde el año 2017 realizo la tesis doctoral dentro del equipo de investigación Evaluación, Clínica y Salud con el Doctor Ioseba Iraurgi y en colaboración con la Red de Salud Mental de Bizkaia, cuyo tema principal es la evaluación de resultados en salud en personas con trastorno mental grave. En mi trayectoria como investigadora he presentado pósters de carácter científico en varios congresos internacionales.



Juan Manuel González de Audikana de la Hera

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología y Doctor en Educación. Desde 1980 a 1986 ha participado como sociólogo *free lance* en más de diez investigaciones de Diputación de Bizkaia, Escuela de Trabajo Social de San Sebastián, Gobierno Vasco, Ayto. de Vitoria Gasteiz, Universidad de Deusto. Desde 1986 a 1991, ejerció de funcionario interino de la Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco, participando en la Ley de adicciones de 1988 y en el Primer Plan Trienal de drogodependencias 1990-1992. De 1991 a 2003, ha sido director del Departamento de Prevención de la Fundación Etorkintza, promoviendo programas de prevención universal, selectiva e indicada. De 2003 a 2008, ha ejercido de asesor externo de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco, promoviendo programas de prevención y participando en la elaboración del V Plan de Drogodependencias. En 2008 pasa a ocupar un puesto de investigador en el Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto y en 2016 sume la dirección de dicho Instituto. Ha sido profesor adjunto de Sociología Criminal en el Instituto Vasco de Criminología (UPV). Actualmente es Vocal del Consejo Vasco sobre Adicciones por designación entre personalidades de reconocido prestigio y competencia.

ANEXO I. Publicaciones recomendadas acerca de la perspectiva de género

- Alonso Castillo, M. M., Álvarez Bermúdez, J., López García, K. S., Rodríguez Aguilar, L., Alonso Castillo, M. T., y Angélica Armendariz, N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114.
- Arana, X. y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore* (19), 169-215
- Arostegi, E. y Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados, Madrid, Paidós
- Ávila Escribano, J. J. y González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383-392
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E., y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-2
- Briñez Horta, J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13(4), 439-455
- Castaños, M. y Palop, M. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Programa de salud y servicios sociales, Instituto de la Mujer, Madrid
- Diputación de Alicante. (2012). Género y drogas: guía informativa. Alicante: Diputación de alicante. Área de Igualdad y Juventud
- Fundación Atenea. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.
- Fundación CSZ (2016). Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento. Extraído de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/73.pdf> (Consultado el 26 de abril de 2018)
- Gómez Moya, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 83-98.
- Gómez Moya, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos adictivos*, 8(4), 251-260.
- Gómez Moya, J. (2007). El alcoholismo desde la perspectiva de género: un discurso que permanece a lo largo de 30 años. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2), 126-130
- Gómez Moya, J., Arnal Gómez, A., Muñoz Rodríguez, D., y Martínez Villanova, A. M. (2010). Mujeres y uso del alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 273-283.
- Góngora Soberanes, J. y Leyva Piña, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano* (132), 84-91.

- Grella, Ch. E. y Joshi, V. (1999). Gender Differences in drug treatment careers among Clients in the Nacional Drug Abuse Treatment Outcome Study. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 25(3). 385-406.
- Kilbourne B.J., Cummings S., Levine R. (2011) "Alcohol diagnoses among older Tennessee Medicare beneficiaries: race and gender differences". *International Journal of Geriatric Psychiatry*
- Míguez, M. D., y Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22

ANEXO II. Estudios recomendados acerca del consumo de sustancias

- Instituto de Drogodependencias de Deusto. (2017). Informe divulgativo sobre las personas y los grupos de Alcohólicos Anónimos en España. Bilbao.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015-2016). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Plan nacional Sobre Drogas, extraído de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoP_NSD/publicaciones/CinformesOED.htm (Consultado el 20 de abril de 2018).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016-2017). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España . Madrid .
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales. (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares, Instituto de la Mujer, Madrid, Catálogo general de Publicaciones Oficiales.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España . Madrid : Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017). Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades.

Gender inequalities in matters of drug addiction: how does alcoholism really affect women?

Claudia Calderón Calvo, Marta Ruiz-Narezo, Nerea Iglesias-López, Manuel González de Audikana de la Hera

doi: [http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4\(2020\)-pp115-139.pdf](http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4(2020)-pp115-139.pdf)

1. Introduction	37
2. Justification and target readership	38
3. What are the main risk factors that lead women to develop problems of alcoholism?	39
4. Conclusions, reflections and recommendations	48
5. References	51
6. Biographical notes	53
ANNEX I. Recommended publications on the gender perspective . . .	55
ANNEX II. Recommended studies on substance abuse	57

Gender inequalities in matters of drug addiction: how does alcoholism really affect women?

Claudia Calderón Calvo, Marta Ruiz-Narezo, Nerea Iglesias-López,
Manuel González de Audikana de la Hera

doi: [http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4\(2020\)-pp115-139.pdf](http://dx.doi.org/10.18543/dsib-4(2020)-pp115-139.pdf)

Abstract

Alcoholism is the most widespread addiction in developed countries, given that alcohol is deeply rooted in their societies. However, the link between women and alcohol abuse is a neglected area of research, particularly in view of the social changes that have taken place in the last few decades, with more and more women joining public life, working outside the home and involved in political decision-making. The University of Deusto's Institute of Drug Dependencies has taken the opportunity offered by research commissioned by the stakeholder Alcoholics Anonymous to examine that link with a view to providing a more up-to-date view. This means acknowledging a clear increase in alcoholism among women, which may be linked to social and economic changes in our society that have affected women.

Keywords:

Alcoholism, Female Alcoholism, Factors Conducive to Abusive Alcohol Consumption, Alcoholics Anonymous

Resumen

El alcoholismo es la adicción más generalizada en los países desarrollados, al estar, el alcohol, totalmente imbricado en dichas sociedades. Sin embargo, la relación entre el abuso de alcohol y las mujeres es un espacio olvidado de la investigación, máxime ante los cambios sociales habidos en las últimas décadas que han favorecido un incremento en la incorporación de las mujeres a la vida pública, al trabajo fuera del hogar y a las decisiones políticas. Aprovechando una investigación para la organización de Alcohólicos Anónimos, el Instituto de Drogodependencias se ha aproximado a esta relación propiciando una visión más actualizada, en que la que se reconoce un claro incremento del alcoholismo en las

mujeres que puede estar relacionado con los cambios sociales y económicos habidos en nuestra sociedad y que han afectado a las mujeres.

Palabras claves:

Alcoholismo, Alcoholismo Femenino, Factores favorecedores del consumo abusivo, Alcohólicos Anónimos

1. Introduction

There is a deep-rooted “culture of drinking” in our society, supported by family, social customs and even religious practices. That culture has not only survived the passage of time, but has actually grown stronger and adapted to societal changes in such a way that it is now a perfectly normal feature in social and cultural events of all types, in literature, in films, in music, in sport and in the media.

Alcohol abuse does not distinguish between social classes, countries, ages, cultures or personalities. Everyone is exposed, to a greater or lesser extent, to the risk of developing alcoholism.

Access to consumption of and dependence on other substances means that individuals are exposed to a number of risk factors. Alcohol is so closely woven into our society that these factors are not needed for it to become a problem: it is relatively easy to slip into a lifestyle in which there is frequent, heavy drinking which in turn facilitates the development of addiction over time.

The same culture of drinking that fosters and praises alcohol use also condemns and punishes one of its effects, i.e. alcoholism. Distinctions are drawn and judged between social drinking and interaction and the alcohol-dependence problems of individuals. This reprobation falls particularly heavily on women, because in society their role as mothers and carers is considered “sacred”, and dependence is seen as a violation of that sacredness (Llinares & Lloret, 2010).

Most research (Gómez Moya, 2004) into the nature of drug consumption and drug addiction in general have looked to gender-based and/or biological characteristics to explain the differences in their effects on men and women. Moreover, **the rate of alcoholism among women has historically been underestimated**. This may have been influenced by the fact that alcohol has been regarded as less objectionable than other drugs, which have been consumed less widely but represent a new problem. Moreover, the rate of alcoholism has conventionally been greater among men.

In recent years the gender perspective has gradually been factored into numerous social and healthcare interventions, including work with drug addicts. Direct attention and specialist research have stressed the importance of providing specialist care for women with addiction problems so as to enhance the effectiveness of interventions (Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcoholismo y otras Toxicomanías, 2012; Pons, 2012; Lloret et al., 2013; Arostegui & Martínez, 2018). It must also be considered that women’s capacity for metabolising alcohol is lower than that of men, so at similar levels of consumption symptoms and potential problems will appear more quickly in them (Fundación Atenea, 2016).

Studying drug addiction from a gender perspective entails going further than that. It entails identifying what type of socio-cultural and psychological representations operate in the case of women, in line with the role of gender (SAHMSA, 2009), so that they develop a number of risk factors for starting to consume and continuing to do so.

2. Justification and target readership

The OEDA (Spanish Drug-Abuse and Addiction Monitoring Centre) records the demand for healthcare related to drug consumption each year, and from its 2009 onwards it has included demand for care due to alcohol in its reports. In 2019 it estimated that alcohol accounted for 35.5% of admissions for treatment. It also records the gender of the individuals concerned. In 2009 women accounted for 18.2%, in 2015 for 22.1% and in 2019 for 22.7% (OEDA 2009, 2015 & 2019). The ratio of 7 or 8 men to one woman which was estimated 40 years ago has thus decreased by half to 3 or 4 to one. Even so, there is little research into this specific problem of the female population.

It must also be considered that the health-care set-up deployed to address the problem of drug use in general and alcoholism in particular is designed with men in mind as its usual users. This makes it harder for healthcare services to offer effective care to improve rehabilitation itineraries and treatment adherence rates for women (Góngora Soberanes & Leyva Piña, 2005; Monras Arnau, 2010).

This briefing looks at some characteristics of alcoholism among women and provides a brief analysis of the main obstacles faced by women with alcohol problems in accessing and adhering to treatment, in terms of both public health resources and third-sector organisations.

The goals of our analysis are the following:

- ***To heighten awareness of alcoholism among women, which is no longer such a minority problem and involves new forms of consumption and women with different profiles.***
- ***To set out the problem of how to fit women into conventional healthcare mechanisms which are designed with men in mind and thus fail to consider conditions which are vital for women.***

This briefing is aimed at healthcare and social care specialists whose work brings them into contact with women who have alcohol abuse problems that can be detected and subjected to intervention. It seeks to provide guidelines on reducing consumption and pointing the women concerned towards specialist interventions to put a stop to it completely.

Must-read notes on Alcoholics Anonymous

Alcoholics Anonymous (AA) is an international community set up to help people combat the illness of alcoholism. Its members are drinkers whose lives have suffered in various areas due to alcohol consumption and who feel the need to achieve and maintain abstinence. Its activities do not constitute a programme of therapy for individuals who are ill from alcohol abuse, because AA is not a social/healthcare organisation staffed by specialists. Rather, its members are all individuals affected by alcoholism who support one another in their efforts to maintain sobriety.

A distinguishing feature of AA is that none of the points in its recovery programme is compulsory: they are all suggestions to be acted on voluntarily, so there is no obligation to attend meetings at set intervals, to assume responsibilities or to take part in the structure of the organisation or activities for the community.

3. What are the main risk factors that lead women to develop problems of alcoholism?

The OSG (General Services Office of Alcoholics Anonymous in Spain) commissioned a report on its members and groups in 2017 from the IDD (Institute of Drug Dependencies) of the University of Deusto. Such reports are to be produced every five years. The questionnaires were drawn up in January and February 2017, based on suggestions from the OSG. The fieldwork took place between March and August and the final report was produced at the end of 2018.

The initial analysis found significant, relevant differences between men and women in an in-depth ad hoc analysis of the data collected. This briefing is based on data from three sources: 1) The quantitative data collected via the questionnaires in the AA research project conducted in 2017-2018; 2) qualitative data from interviews with alcoholic women; and 3) a bibliographical analysis including

cross-checks with data from the OEDA at the DGPND (Government Delegation for the National Plan on Matters of Drugs)¹.

a. The influence of the “dual working day” on women

The idea that alcohol consumption among men and women is tending to even out is widely accepted. This can be attributed to the fact that the role of women is gradually converging with that of men and women are adopting behaviour patterns historically associated with men, such as alcohol consumption (Schwarz, Burtscheidt, Gaebel & Möller-Leimkühler, 2002).

But **alcohol consumption per se**, influenced basically by lifestyles and social and cultural behaviour patterns, is one thing and **alcohol abuse** is another. The latter is also increasing among women. This increase is attributed to the fact that as more women have joined the workforce there has been no corresponding increase in the proportion of household tasks undertaken by men. This forces women to play a dual role as workers and mothers/wives/carers at home, thus increasing their stress levels (Aizpiri & Marcos, 1996; Moral, Rodríguez Díaz & Sirvent, 2006).

Some risk factors are therefore common to men and women, but others are specific to women and have more influence in leading them to develop potential alcohol addiction (Provincial Council of Alicante, 2012).

Table 1 shows a comparison of three groups: Alcoholics Anonymous (AA), the number of people dealt with by the public health system for alcoholism (OEDA) and the general population (Spain). The table also compares data for men and women. It can be seen that the **proportion of women at AA with higher education qualifications is very similar to the average for the population of Spain as a whole and much higher than the figure among women dealt with by the public health system**. But perhaps the most striking point is **that the proportion of women with only primary schooling dealt with at AA is considerably lower than the national average and far lower than the figure for women dealt with by the public health system**.

¹ A word of warning must be given concerning the limitations of this project: as with earlier projects, the sample was not selected at random (as academic practice considers that it should be). AA has no census or register of members, so it is impossible to draw up a probabilistic selection. As a result, the data are not statistically representative of AA as a whole, but merely represent the individuals and groups involved in the study. The questionnaire was completed by 2309 individuals and 226 groups, so the rate of participation was high. 392 individuals belonging to 58 groups did not answer as groups, so the final figure is 284 local groups (226+58) and an estimated figure of between 3890 and 4387 individual AA members. The replies therefore account for between 52.5% and 59.4% of the estimated total.

TABLE 1. Distribution of the population by primary/higher education for both men and women, among the number of people dealt with at Alcoholics Anonymous (AA), in the public health system (OEDA) and the general population (Spain)

Education level	Men (%)			Women (%)			TOTAL (%)		
	AA	OEDA	Spain	AA	OEDA	Spain	AA	OEDA	Spain
Primary	40.00	54.30	43.50	27.80	44.0	38.30	36.80	52.0	40.90
Higher ed.	25.40	8.20	33.80	37.70	14.20	38.90	28.70	9.60	36.40

The study reveals that the proportion of women at AA who **work outside the home** is greater than the average for women in Spain and only slightly below the average for men in Spain (see Table 2).

TABLE 2. Proportion of Alcoholics Anonymous members (AA), individuals dealt with by the public health service (OEDA) and the general population (Spain) who work outside the home, broken down by gender

Activity	Men (%)			Women (%)			Total (%)		
	AA	OEDA	Spain	AA	OEDA	Spain	AA	OEDA	Spain
Working outside the home	74.10	43.30	64.90	60.90	44	52.90	70.60	43.50	58.70

This supports the notion that women face a dual working day: many of those at AA are working women with higher education qualifications, who may therefore potentially hold skilled jobs. The expression “dual working day” refers to the situation in which women who have jobs must do not only do their work outside the home but also take responsibility for household tasks such as caring for children, housework, etc., which continue to be viewed in society largely as women’s work. This makes it harder to attain work-life balance.

b. Personal and family problems

In terms of age there is little difference between men and women within groups (AA/OEDA) or in the average for the population of Spain, with a ratio that runs from a bottom figure of 41.6 years (the average age for men in Spain) to a top figure of 46.8 for women beginning treatment in the public health system.

There are considerable differences between men and women in the reasons why habitual drinking turns into problem drinking. Women point to personal and family problems, while men tend to blame issues of lifestyle and the occupation of leisure time rather than problems per se. However, in reasons related to more personal matters (personal weakness) they are more evenly balanced (Table 3).

TABLE 3. Comparison between male and female AA members as regards reasons why drinking becomes problematic

Reasons why habitual drinking turns into problem drinking	Gender				
	Men (%)	Women (%)	Total (%)	Men	Women
None	33.30	23.80	30.80		
Daily routine, no other leisure options	8.60	2.70	7.00	46.9	29.5
Bad company	5.00	3.00	4.40		
Personal weakness & lack of self-control	26.70	20.60	25.10	26.70	20.60
Personal & family problems	18.60	42.30	24.90	21.1	44.0
Other problems (work, unemployment, money, etc.)	2.50	1.70	2.30		

The **reasons why alcohol intake increases** include another variable that may shed light on the differences between women and men: their cohabitational status. The number of unattached individuals at AA is similar for men and women. 60.6% of men are in a couple, but the largest group among women is the “widowed or separated” category (identified in Table 4 as “Previously but no longer in a couple”).

TABLE 4. Cohabitation status: comparison between male and female AA members

Cohabitation status of individuals	Gender	
	Men (%)	Women (%)
Unattached	15.90	17.80
Previously but no longer in a couple (widowed or separated)	23.40	37.30
In a couple (married or civil partnership)	60.60	44.90
Total	1668	601

These data help provide an understanding of the process that some women are going through:

- They start drinking during secondary school and higher education;
- During their careers they take up leisure habits similar to those of men & meet in bars for drinks after work;
- Living as a couple does little to change their drinking habits;
- A severe loss due to death (in a few cases) or a break-up (more often) leads to suffering and hardships which foster the extension of leisure activities and an increase in alcohol intake to problematic levels.

Another item in which there is a marked **difference between married and separated individuals** lies in how alcoholism is addressed within couples. Women do not tend to leave their alcoholic husbands but rather involve themselves in the treatment process. By contrast alcoholic wives are frequently abandoned to their fate and have to resort to other women, such as their mothers and sisters, for support.

c. Difficulties experienced by women in accessing resources

According to the OEDA the proportion of women treated at public and publicly-subsidised private health centres is 22.3% (6,128 of the 27,469 individuals treated for alcoholism). Data from AA groups indicate that 29.3% of members are women. The proportion of women at AA is therefore appreciably higher than the proportion treated by the public health system. We have also had access to data on the proportion of women in AA groups in other countries and have found that in the UK the figure is 40%, in France 36% and in Italy 30%. These data indicate that women tend to use some resources more than others.

One of the aims of this study is therefore to analyse the main obstacles faced by women in accessing and adhering to treatment and/or healthcare resources. This issue is broken down into three thematic blocks: 1) *Reconciling treatment with family life and work*; 2) *the influence of being stigmatised on access to treatment resources*; and 3) *emotional state*.

In writing this section we have incorporated data from interviews with female members of AA.

1. Reconciling treatment with family life and work

Work-life balance problems often lead to a conflict of roles, which in turn results in feelings of dissonance and frustration. This is conducive to frequent drinking, especially among women who are already habitual drinkers.

Once of the main barriers to access and adherence to treatment to bring people off drug abuse in the general population is the problem of reconciling treatment with family life and work. The incorporation of women into the workforce is an added difficulty in that both areas remain active at the same time, resulting in a contradiction between women's expectations in family life and as individuals and workers.

Unlike men, when women suffer alcohol problems their partners frequently fail to provide them with support (Monras Arnau, 2010).

This situation, regardless of whether it stems from separation or the socially imposed convention that women should care for children, hinders access to rigidly structured treatments that require intensive or day-to-day attendance.

"For instance, I had to take my two kids and just get on with it, drunk or sober. I had to cope however I could and I worked and worked, and I did cope, because I can tell you that I've got two wonderful kids".

It must be realised that resources such as **day care centres** require individuals to attend every day. Hospital admissions for detoxing or to treat depression and/or anxiety can last weeks or even months. **Therapy communities** are not a viable option for women with children in their charge and no support from their families, as they entail being away from home for between 6 and 12 months. Less rigidly structured resources are thus better suited to women, though in no case does less rigidity necessarily imply lower demands or less commitment to therapy.

"It's the only place where you're free to turn up when you want. If you don't want to, you don't come. You come as often as you need. There are weeks when I only come once and others when I turn up for all three sessions... there are even weeks when I don't come at all..it depends on what you need. It doesn't matter: nobody is keeping tabs on you...here you've got that freedom".

Strict treatment under the public mental health system can be seen as a painful experience because it entails separation from children. It can thus lead to a serious deterioration in mood.

"When I was admitted that week it was because that's what they wanted. I had to give up seeing my daughter for a week and that was the worst thing that they could have done to me. I had to give up a lot of things".

This situation is related to what sociologist Emile Durkheim wrote about how the social coercion imposed by the role of carer attributed to women is manifested through mechanisms such as guilt and frustration (Instituto de la Mujer, s.f).

From a gender perspective, women are charged with raising children and the ultimate responsibility in that area rests squarely on their shoulders. Many of them therefore fail to seek treatment until their children are grown up and need less attention, and until there is no risk of their being stripped of their parental rights (Monras Arnau, 2010; Hedrich, 2020).

Once they do seek help, in this case from AA, the number of meetings that they attend is a relevant issue. The proportion of members who attend meetings on a daily or near-daily basis is 30% for men and 25% for women. However, at the next level of frequency, i.e. people who attend once or twice a week, the figure is higher. *The reason why women attend meetings less frequently may lie in the greater proportion of family responsibilities that they handle: this makes it harder for them to go to treatment and exacerbates the already complex problem of reconciling their personal lives with detox treatment.*

Some studies have found evidence that a lack of job security among these women prevents them from timetabling attendance at meetings. For instance, they may not work regular hours, may hold down more than one job or may work on short-term contracts and thus change jobs frequently.

Unlike men, when women experience disorders due to alcohol use and abuse they continue to prioritise the care of their children as far as they are able, i.e. they fail to take care of themselves in order to take care of others.

"I went home, did what I had to do and then started drinking. I made the beds, tidied up a bit then stretched out on the couch. That's what I did. Then if I felt like it I might put some lentils on to cook or make something for lunch. It depended. Maybe I would, maybe I wouldn't.. day after day everything was wrong, everything was a mess...then I'd go and fetch the kids, following the cracks in the pavement to make sure I was walking in a straight line..I'd pick them up, buy bread & they'd come home & eat lunch and all that".

Taking the first step towards seeking treatment is therefore a complex matter, because they must face the fact that they will have to devote part of their time to

it, leaving them less time to be with and care for their children and their families. This leads to feelings of frustration and worthlessness.

It must be remembered on the one hand that *caring for others* gives many women a **gender identity** defined by social and cultural roles, and on the other hand that abandoning those tasks exposes them to the judgement of the rest of the family and of society at large when they come out as “alcoholic women”.

“When you’ve always managed to get on with things and suddenly they tell you that you aren’t fit to take care of your baby granddaughter: that’s what hit me the hardest. I just felt defeated, you know?”.

Employment is another factor that is made more complicated by this situation as women find that they have to reconcile therapy or treatment with their family lives and work. It is worth remembering that 61% of the women at AA are in work. The equivalent figure for women attended by the public healthcare system is 44%. This is another point that confirms how difficult reconciling these factors is.

“For three years I didn’t have a single Saturday or Sunday free, but I managed to find time to go to AA meetings. I used to attend meetings from 7pm to 8pm but I had to leave early. I was really sorry to have to do that, but..you know..I had to work”.

2. Influence of being stigmatised on access to treatment

Addiction problems tend to be concealed, and far more so in the case of women. They are more likely to go to the health system, usually to primary care services, but tend to conceal their substance abuse problems because society stigmatises them for breaking the rules of behaviour expected of women and passes moral judgement on them for doing so (Forth-Finegan, 1991; Jarvis, 1992 & Hedrich, 2000).

“I was already in psychiatric treatment. They started treating me for depression when I was about 21 and with this the psychiatric treatment increased”.

This hypothesis is backed up by some of the data obtained from the research with AA. For instance, the proportion of men who had no prior history of treatment was 47.7%, while the figure for women was 51.1%. The proportion of AA members whose family doctor was aware that they were members was 70.3% in the case of men and 66.7% for women.

"Hell, yes, you could tell from a mile off but I just lied to the doctors: no, I'd say, I'm not drinking. I haven't had a drink for 6 days. It was a total lie. As if they couldn't see through it and I was going to pull the wool over their eyes".

"Look, the only person I've never told is my family doctor, maybe out of shame because she was my mother's doctor too".

Along similar lines, this stigmatisation is a direct contributory factor to the late detection of substance abuse problems in women, firstly because of their tendency to conceal the problem and secondly because many of them live "normal" social lives that make it considerably harder for specialists to spot the problem (Castaños & Palop, 2007).

"I used to say (to my husband and friends) that I was going for a pee, then I'd go upstairs, knock back a couple of shots and go back down. When we went out to bars I used to order non-alcoholic beer. Just imagine".

Another factor is that a large proportion of women, especially older women, have felt stigmatised not just by their families and friends but by specialists too.

"I had stomach problems too, and when I went to the doctor he used to say to me (I was drunk out of my head) "Madam, you can't come in here in this state. If this is the state you're in you'd better stay home". And I used to shout "what do you know! You don't know if I've been drinking or not!" I used to yell my head off. But he never once suggested that I should go somewhere to get help. Not once".

Women who make the decision to seek help often have to deal with feelings of powerlessness and helplessness in the face of their addictions. This leads them to feel that they are not understood and thus makes it harder for them to adhere properly to treatment (Monras Arnau, 2010).

3. Emotional state

Table 5 shows the great influence of personal and family problems as a variable in women moving from habitual drinking to problem drinking.

TABLE 5. Comparison of reasons for progressing to problem drinking among male and female AA members

Reasons for progressing from habitual drinking to problem drinking	Gender				
	Male %	Female %	Total %	Male	Female
None	33.30	23.80	30.80		
Daily routine, lack of other leisure options	8.60	2.70	7.00	46.9	29.5
Bad company	5.00	3.00	4.40		
Personal weakness & lack of control	26.70	20.60	25.10	26.70	20.60
Personal & family problems	18.60	42.30	24.90	21.1	44.0
Others (work, unemployment, money, etc.)	2.50	1.70	2.30		

By contrast, this variable is of little significance among men. Evidence from interviews supports the idea that this makes it harder for women to move towards getting treatment, as it creates feelings of guilt, particularly in terms of neglecting their children, and a fear of finger-pointing.

“I was my own worst enemy. I had clear thoughts of suicide. What am I doing here, mistreating my kids? [breaks down and cries] All this is just so... I mean.... you have to experience it for yourself to know what it’s like. It’s horrible”.

“Bad. Really bad. I felt anxious, really anxious. I just wanted to die, to cry, I felt really guilty, broken inside, even worse than when I’m drinking or before I drink. Let’s just say that it doesn’t numb the pain for long”.

“My kids have suffered so much. So much. It’s the shame, I think. The shame and the pain. My father was an alcoholic too. Every day I think what a bad mother I am because I drink. Personally, I’ve never drawn a distinction between male and female alcoholics. It’s society that makes the distinction: it’s seen as worse in women”.

4. Conclusions, reflections and recommendations

Alcohol consumption among women has increased in the past few decades. This increase has been fostered by social and cultural changes that blur distinctions between traditionally “male” and “female” habits and by the new role of women as they have ceased to be just “housewives” and carers and become workers and

skilled professionals. The conventional model of alcohol consumption among “housewives” has been supplemented by a model of consumption more like that of men, linked to social and working relationships.

There are a number of **risk factors** which influence the shift from sporadic drinking to developing a dependence, but those factors are not the same for women as for men. Personal and family problems such as break-ups and the strain of combining work and home responsibilities are influential, for instance, because couples do not share family responsibilities equally.

Healthcare and social services need to take these new problem-drinking situations among working women into account on first contact, as they do not fit into conventional consumption patterns and can be redirected towards more healthy lifestyles.

Official healthcare systems dealing with individuals who have alcohol problems are designed with men in mind and it is hard to make them fit for women in such a way as to make treatment compatible with their working lives and family obligations.

A number of supplementary interventions can be considered:

- **Flexibility of interventions**, perhaps with the cooperation of Mutual Aid Groups (MAGs) such as AA which can back up treatment and reinforce abstinence through group efforts while at the same time making individual therapy sessions more flexible. It is worth noting that 30% of AA members in Italy, 33% in the UK and 34% in France contact AA through their family doctors. In Spain the figure is just 20%.
- **Fostering women-only therapy groups** where delicate matters which are not easy to discuss in mixed groups can be dealt with.
- **Developing multidisciplinary interventions**, given that the causes and consequences of alcoholism in women are many and varied, so supplementary approaches through primary care, psychology, social healthcare, etc. are needed.

The gender perspective is not sufficiently present as a variable in the conceptualisation of alcoholism, in the recording of the variables that can affect it or indeed in the options offered to help overcome it.

Progress therefore needs to be made through the following:

- **Specific research into drug abuse from a gender perspective** to investigate potential differences in consumption between men and women at both the physical and psychological levels, to identify the main obstacles to access and/or adherence to treatment and to bring to light the main errors committed when addressing therapy processes for women.
- **Campaigns to heighten awareness of and sensitivity to substance abuse problems among women**, especially the risks of alcohol, as working women may well fail to see those risks clearly and thus feel that they are safe from them.
- **Reporting sexist campaigns** related to alcohol consumption, because women are physiologically more vulnerable than men to alcohol given their lower capacity for metabolising it.

5. References

- Aizpiri Díaz, J.J. & Marcos Frías, J.F. (1996). Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson
- Arostegui, Elisabete., & Martínez, Patricia. (2018). Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Bilbao: Deusto. ISBN: 978-84-1325-029-8.
- Castaños, M. & Palop, M. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Programa de salud y servicios sociales, Instituto de la Mujer, Madrid
- Diputación de Alicante [Provincial Council of Alicante]. (2012). Género y drogas: guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante [Provincial Council of Alicante]. Área de Igualdad y Juventud ["Equality and Youth Affairs Area"].
- Forth-Finegan, Jahn L., "Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review," en Bepko, CL. Feminism and Addiction. The Haworth Press. New York. (1991).
- Fundación Atenea. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.
- Gómez Moya, J., Arnal Gómez, A., Muñoz Rodríguez, D. & Martínez Villanova, A. M. (2010). Mujeres y uso del alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 273-283.
- Góngora Soberanes, J. & Leyva Piña, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano* (132), 84-91.
- Hedrich, D. Problem drug use by women. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Lisbon. P-PG/ Treatment (2000) 3. Strasbourg
- Instituto de la Mujer. (s.f). Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Ministerio de Igualdad.
- Jarvis, TJ. (1999). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addictions* 87, 1249-1261.
- LlinaresPellicer, M. C. & LloretBotonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista*, 28(62), 115-132.
- Llort Suárez, A. ; Fernando Esquerré, Sara ; Borrás Cabacés, T. y Purroy Aritzeta, Inma. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20 :9-22.
- MonrasArnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352
- Moral, M.V., Rodríguez Díaz, F.J. & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones ["Spanish Drug-Abuse and Addiction Monitoring Centre"]. (OEAD) (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid : Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad ["Ministry of Health, Social Services & Equality"].

Pons, Alba (2012). Interferències. Trabajo Social y (Trans)formación de Género. Revista de Treball Social, 195, 109-120.

SAHMSA, (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2009) Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Office of Applied Studies. NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434. Rockville, MD: SAMHSA.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcoholismo y otras toxicomanías. (2012). Mujer y Alcohol. Symposium científico celebrado en Valencia.

Taken from <https://www.google.es/search?q=SYMPOSIUM+CIENT%C3%8DFICO+MUJER+Y+ALCOHOLyq=SYMPOSIUM+CIENT%C3%8DFICO+MUJER+Y+ALCOHOLyaqs=-chrome..69i57.1158j0j9sourceid=chromeie=UTF-8> (consulted on 1 May 2018).

6. Biographical notes



Claudia Calderón Calvo

She holds a Degree in Social Work from the Autonomous University of Madrid. She holds a Bachelor's Degree in Social Education from the University of Deusto, where she won the Special Final Year Award for finishing as the top student in her year. She was selected to take part in the Bizkaia Talent programme in academic year 2016-17. She began her work as a researcher on obtaining the Basque Government's Ikaslker grant that same year. Since then she has worked on several research projects at the Institute of Drug Dependencies of the University of Deusto, mainly concerned with the gender perspective. She holds a Master's Degree in Drug Dependencies and other Addictions from the University of Deusto and a Master's Degree in Psychosocial Rehabilitation in Community Mental Health from the Jaume I University. Her career is focused mainly on matters of drug dependence and mental health.



Marta Ruiz-Narezo

Holds a Degree in Social Education, a Master's Degree in Studies of Drug Dependency and other Addictions and a PhD in Innovation in Education and Lifelong Learning from the University of Deusto. Her career is focused on socio-educational intervention in groups suffering from high and extreme levels of social exclusion, mainly related to substance abuse and prison sentences. She currently lectures on the Degree in Social Education and the Dual Degree in Social Education and Social Work and is the coordinator of the Degree in Social Education at the University of Deusto. Her main lines of research are substance abuse, prisons and risk behaviours in adolescents, which is the topic of her PhD thesis: "Risk Behaviours in Adolescents: Risk Factors and Protection Factors", for which she obtained the grade of A (cum laude).



Nerea Iglesias-López

She secured her Bachelor's Degree in Psychology, majoring in neuropsychology, from the University of Deusto in 2013. She also took a Master's Degree in General Health Psychology at the same university in 2015-2017. She specialises in dealing with adults but has also worked with children. She also has experience in neuropsychological work with adults and the elderly. Since 2017 she is working on her PhD thesis as a member of the Assessment, Clinical and Health team with Profesor Ioseba Iraurgi in cooperation with the Mental Health Network of Biscay

(Basque Country, Spain), focusing on the assessment of health results in individuals with severe mental disorders. During her career as a researcher she has presented scientific posters at numerous international conferences.



Juan Manuel González de Audikana de la Hera

Holder of a Degree in Political Science & Sociology and a PhD in Education. From 1980 to 1986 he worked as a freelance sociologist on at least 10 research projects at the Provincial Council of Bizkaia, the College of Social Work in San Sebastián, the Basque Government, the City Council of Vitoria-Gasteiz and the University of Deusto. From 1986 to 1991 he held a provisional civil service post at the Basque Govt. Secretariat General for Matters of Drug Dependency, where he took part in drawing up the Addictions Act of 1998 and the first Three-year Plan on

Drug Dependency (1990-1992). From 1991 to 2003 he was Head of the Prevention Department at Fundación Etorkintza, where he promoted universal, selective and targeted prevention programmes. From 2003 to 2008 he worked as an external advisor at the Basque Govt. Directorate for Matters of Drug Dependency, where he promoted prevention programmes and took part in drawing up the 5th Plan on Drug Dependency. In 2008 he took up a post as a researcher at the Institute for Matters of Drug Dependency of the University of Deusto. He became the head of the Institute in 2016. He has also worked as an associate lecturer in Criminal Sociology at the Basque Institute of Criminology (University of the Basque Country). He is currently a member of the Basque Council on Addiction, a post for which he was designated from a group of high-profile, high-skilled individuals.

ANNEX I. Recommended publications on the gender perspective

- Alonso Castillo, M. M., Álvarez Bermúdez, J., López García, K. S., Rodríguez Aguilar, L., Alonso Castillo, M. T. & Angélica Armendariz, N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114.
- Arana, X. & Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore* (19), 169-215
- Arostegi, E. & Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados, Madrid, Paidós
- Ávila Escribano, J. J. & González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383-392
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. & Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-2
- Briñez Horta, J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13(4), 439-455
- Castaños, M. & Palop, M. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Programa de salud y servicios sociales, Instituto de la Mujer, Madrid
- Diputación de Alicante. (2012). Género y drogas: guía informativa. Alicante: Diputación de alicante. Área de Igualdad y Juventud
- Fundación Atenea. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas.
- Fundación CSZ (2016). Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento. Taken from <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/73.pdf> (consulted on 26 April 2018)
- Gómez Moya, J. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de trabajo social*, 17, 83-98.
- Gómez Moya, J. (2006). El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos adictivos*, 8(4), 251-260.
- Gómez Moya, J. (2007). El alcoholismo desde la perspectiva de género: un discurso que permanece a lo largo de 30 años. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2), 126-130
- Gómez Moya, J., Arnal Gómez, A., Muñoz Rodríguez, D. & Martínez Villanova, A. M. (2010). Mujeres y uso del alcohol en las sociedades contemporáneas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 273-283

- Góngora Soberanes, J. & Leyva Piña, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano* (132), 84-91.
- Grella, Ch. E. & Joshi, V. (1999). Gender Differences in drug treatment careers among Clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 25(3). 385-406.
- Kilbourne B.J., Cummings S., Levine R. (2011) "Alcohol diagnoses among older Tennessee Medicare beneficiaries: race and gender differences". *International Journal of Geriatric Psychiatry*
- Míguez, M. D. & Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22

ANNEX II. Recommended studies on substance abuse

- Instituto de Drogodependencias de Deusto ["Deusto Institute for Matters of Drug Dependence"]. (2017). Informe divulgativo sobre las personas y los grupos de Alcohólicos Anónimos en España. Bilbao.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015-2016). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). National Plan on Matters of Drugs, taken from: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm> (consulted on 20 April 2018).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016-2017). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Madrid.
- Ministerio de trabajo y asuntos sociales. (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares, Instituto de la Mujer, Madrid, Catálogo general de Publicaciones Oficiales.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones ["Spanish Drug-Abuse and Addiction Monitoring Centre"]. (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). European Report on Drugs: trends and developments.



Deusto

Instituto Deusto de
Drogodependencias
Droga-menpekotasunen
Duestuko Instituta



Deusto
Publicaciones
Universidad de Deusto