

POSICIONAMIENTO UNAD

ADICCIONES Y GÉNERO

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	CONTEXTO / DIAGNÓSTICO EN MATERIA DE ADICCIONES Y GÉNERO	4
2.1.	DATOS CUANTITATIVOS, PERFIL Y OTROS ASPECTOS DESCRIPTIVOS	4
2.1.1.	ATENCIÓN INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR	4
2.1.2.	SERVICIOS JURÍDICOS.....	6
2.1.3.	SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAMILIARES	6
2.1.4.	PREVENCIÓN	7
2.1.5.	REDUCCIÓN DE DAÑOS.....	8
2.1.6.	INCORPORACIÓN SOCIAL (ORIENTACIÓN Y EMPLEO)	9
2.1.7.	SENSIBILIZACIÓN / INCIDENCIA	9
2.2.	CLAVES SOBRE MUJERES Y ADICCIONES DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO	10
2.2.1.	ALGUNAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES ..	10
2.2.2.	SESGOS DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.....	11
2.2.3.	VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES	12
2.2.4.	POR UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y NO FRAGMENTADA	16
3.	POSICIONAMIENTO.....	17

1. INTRODUCCIÓN

UNAD, La Red de Atención a las Adicciones, es una red de ONG que interviene en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia y de los problemas que derivan de ellas. Constituida en 1985, actualmente engloba más de 200 organizaciones de todo el Estado (excepto Ceuta y Melilla) y que, además de conformar su base social, comparten un modelo común integral e integrador, centrado en la persona y en su singularidad.

El trabajo en la Red UNAD se sustenta en tres pilares fundamentales:

- Hacer incidencia en las políticas de drogas nacionales e internacionales para defender los derechos de las personas que usan, abusan y/o presentan dependencias a drogas, así como otras adicciones sin sustancia, teniendo en cuenta sus familias y entorno, promoviendo los programas de prevención, atención, tratamiento, inserción y reducción de daños.
- Aunar, representar y apoyar a las entidades sociales.
- Sensibilizar a la sociedad, dando visibilidad a las personas con adicciones, los usos de drogas y drogodependencias.

De igual forma, se apuesta por seguir trabajando para conseguir la equidad de género como un valor inherente y presente en la estrategia y en la operativización de la entidad. Por ello, se incorpora la perspectiva de género en todos los ámbitos de la Red, adaptando todas las actuaciones y los servicios a las especificidades, necesidades y realidades existentes de mujeres, hombres y personas no binarias con adicciones.

A través de este posicionamiento se pretende reflejar la Red UNAD en lo referente al trabajo en los usos de drogas, drogodependencias y otras adicciones desde una perspectiva de género interseccional, así como visibilizar las dificultades a las que se enfrentan las mujeres y otras subjetividades oprimidas a la hora de acceder a los recursos y solicitar tratamiento, así como en su posterior derivación a otros recursos enfocados a su recuperación.

2. CONTEXTO / DIAGNÓSTICO EN MATERIA DE ADICCIONES Y GÉNERO

En coherencia con la Estrategia de UNAD y con la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, el presente diagnóstico se estructura en torno a los distintos ámbitos de intervención en los que desarrollan su labor las entidades que conforman la Red UNAD.

Los datos que se exponen en el presente apartado proceden del estudio *Perfil de las Adicciones 2024*¹, elaborado por UNAD en 2025 a partir de la información aportada por 102 organizaciones integrantes de la Red².

2.1. DATOS CUANTITATIVOS, PERFIL Y OTROS ASPECTOS DESCRIPTIVOS

2.1.1. ATENCIÓN INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR

La distribución de las **atenciones realizadas por las entidades de la Red UNAD en 2024** fueron las siguientes:

Atención integral	Total personas	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	60.067	26 %	74 %
Atenciones por adicciones con sustancia	36.595	22 %	78 %
Atenciones por adicciones sin sustancia	1.304	24 %	76 %

En cuanto a las **adicciones con sustancia**, las mujeres atendidas por la Red UNAD distribuyen su presencia de manera equilibrada en los tramos de edad de 34 a 41 años, 42 a 49 años y más de 49

¹ UNAD (2025). *Perfil de las adicciones en 2024. La atención a las personas usuarias de la Red UNAD* [Informe ejecutivo]. Disponible en: https://www.unad.org/wp-content/uploads/2025/10/INFORME-EJECUTIVO_20251006.pdf

² El *Perfil de Adicciones en 2024* elaborado por UNAD recoge un total de 306 personas trans atendidas en la Red y 0 personas no binarias, si bien la explotación estadística publicada a través del informe ejecutivo presenta los resultados desagregados exclusivamente por sexo (mujer/hombre). Al respecto, el tamaño muestral correspondiente a las personas trans no resulta suficientemente amplio ni representativo como para garantizar análisis estadísticamente sólidos, comparables y extrapolables.

Por estos motivos, en el presente documento no es posible incorporar resultados desagregados específicos para personas trans y no binarias. Esta limitación responde a criterios metodológicos y de disponibilidad de datos en la fuente original, y no a la inexistencia de estas realidades en los servicios de atención de la Red UNAD.

En este sentido, la Red UNAD continúa trabajando en la mejora de los sistemas de recogida y análisis de la información, con el fin de mejorar la representatividad de los datos y avanzar en el conocimiento de las realidades y necesidades específicas de las personas trans y no binarias en el ámbito de las adicciones.

años, agrupando cada uno de ellos al 25%, mientras que en el caso de los hombres atendidos, el 27% se concentra en el tramo de edad de 34 a 41 años.

En ambos casos predominan los estudios primarios (30% en el caso de las mujeres y 35% en el de los hombres) y la Educación Secundaria Obligatoria (28% en el caso de las mujeres y 22% en el de los hombres), siendo el desempleo la situación laboral más frecuente (45% en el caso de las mujeres y 46% en el de los hombres).

En relación con el estado de salud, la mitad de las mujeres presenta alguna enfermedad psíquica, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje se sitúa en el 45%.

En relación con la descendencia, destaca en el caso de las mujeres que el 59% tiene hijas o hijos, presentando el 33% dos o más hijas o hijos, lo que difiere del caso de los hombres, donde la mayoría (54%) no tiene descendencia. Tanto en ellas como en ellos la residencia más habitual es en vivienda de propiedad familiar.

En cuanto al consumo:

- La sustancia principal en las mujeres es el alcohol (31%), seguida de la cocaína (26%), produciéndose el inicio del consumo mayoritariamente antes de los 18 años (32%), con trayectorias prolongadas superiores a los 11 años.
- Los hombres consumen principalmente cocaína (31%), siendo la sustancia secundaria el alcohol (21%) y, al igual que en el caso de las mujeres, el inicio del consumo se sitúa antes de los 18 años (38%), con trayectorias que superan los 11 años.

En lo referente a las **adicciones sin sustancia**, el perfil sociodemográfico y el patrón de adicciones se diferencian de manera más marcada.

Las mujeres se concentran en mayor medida en edades superiores a los 49 años, presentan mayoritariamente estudios de Educación Secundaria Obligatoria y un porcentaje relevante se encuentra activa laboralmente. La mayoría no refiere enfermedad y sí tiene descendencia.

Por su parte, los hombres con adicciones comportamentales se concentran en el tramo de 34 a 41 años, con predominio de estudios de Educación Secundaria Obligatoria y en situación de empleo. En su mayoría no refiere enfermedades y tampoco tienen hijos o hijas.

En cuanto al tipo de adicción:

- Las principales en las mujeres son las máquinas tragaperras y el bingo presencial, mientras que en el entorno virtual destacan los videojuegos y el bingo virtual. En estos casos, el consumo de sustancias asociadas se centra, principalmente, en el tabaco.

- Los hombres presentan como principal adicción las máquinas tragaperras y, en lo referente a las adicciones online, las apuestas deportivas, observándose mayor asociación con el consumo de alcohol y cocaína.

2.1.2. SERVICIOS JURÍDICOS

Con respecto a las atenciones en los servicios jurídicos, durante el año 2024 se atendieron:

Servicios jurídicos	Total personas	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	3.163	16%	84%

El perfil de las mujeres atendidas se concentra principalmente en los tramos de 34 a 41 años (28%) y de 42 a 49 años (27%), mientras que en los hombres atendidos predomina el grupo de edad de 42 a 49 años (27%).

En ambos casos se observa un perfil similar en el nivel educativo, con predominio de estudios primarios (36% en mujeres y 37% en hombres) y de Educación Secundaria Obligatoria (31% en mujeres y 35% en hombres). El desempleo es elevado, afectando al 40% de las mujeres y al 50% de los hombres. Asimismo, la prevalencia de adicciones a sustancias es muy elevada tanto en ellas como en ellos: 93% en mujeres y 97% en hombres.

Destaca también en ambos casos la presencia de causas judiciales pendientes o en tramitación, si bien esto es más frecuente en mujeres (46%) que en hombres (37%), siendo los delitos más habituales los robos y las infracciones contra la salud pública. No obstante, a su vez, el porcentaje de personas en prisión resulta superior en el caso de los hombres (33%) que en el de las mujeres (26%).

En cuanto a la demanda de servicios, las mujeres recurren principalmente a información y orientación (39%), mientras que los hombres solicitan con mayor frecuencia acompañamiento e intermediación jurídica (37%), además de información y orientación (32%).

2.1.3. SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAMILIARES

Según datos del Perfil de UNAD en 2024 (que, en este caso, se mantienen sin variaciones significativas desde 2015), durante ese año se atendieron:

Atención a familiares	Total personas	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	6.525	65 %	35 %

En el caso de las mujeres, el perfil mayoritario corresponde a madres mayores de 42 años. Este perfil, en contraste con los datos anteriormente citados que muestran una mayor predominancia de hombres en la atención por adicciones con y sin sustancia, evidencia una marcada brecha asociada a los roles de género y a la carga de las responsabilidades de cuidado.

2.1.4. PREVENCIÓN

En materia de prevención, las entidades que conforman la Red UNAD trabajan con acciones orientadas a impedir que aparezcan consumos problemáticos o adicciones entre grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad que aún no han tenido contacto con determinadas drogas, o se trata de personas consumidoras ocasionales / circunstanciales. Entre las acciones realizadas, distinguimos tipologías distintas: la universal³, la selectiva⁴, la indicada⁵ y la prevención determinada.

Según los datos de 2024, mujeres y hombres tienen una participación equitativa en los servicios de prevención, tanto en las atenciones totales como en las distintas tipologías de prevención:

Prevención	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	50 %	50 %
Prevención universal	49 %	50 %
Prevención selectiva	8 %	8 %
Prevención indicada	1 %	1 %
Prevención determinada	42 %	41 %

En cuanto al perfil de personas atendidas en los servicios de prevención, en ambos casos las personas destinatarias predominantes son la población general (55% mujeres y 63% hombres) y la juventud (22% tanto en mujeres como en hombres), concentrándose en las franjas de edad de 31 a 64 años y de 20 a 30 años. Asimismo, el contexto de actuación preponderante son los medios y redes.

³ Aquella que va dirigida a la población general.

⁴ Aquella que va dirigida a un subgrupo de la población que presenta mayor riesgo de consumo.

⁵ Aquella que va dirigida a un subgrupo de la población que suelen ser consumidores.

2.1.5. REDUCCIÓN DE DAÑOS

En el ámbito de los servicios de reducción de daños, en 2024 se atendieron:

Reducción de daños	Total personas	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	7.597	22 %	78 %

A pesar de la persistente desigualdad tan acusada en el acceso a los servicios de reducción de daños, donde la presencia masculina continúa siendo mayoritaria, el perfil sociodemográfico muestra similitudes, si bien también se observan diferencias relevantes por género.

En el caso de las mujeres, el 35% tiene entre 42 y 49 años y el 29% supera los 49 años, mientras que en el caso de los hombres el 27% se sitúa entre los 42 y 49 años y el 39% tiene más de 49 años.

En ambos casos predominan los estudios de Primaria (41% en mujeres y 44% en hombres), destacando, en el caso de las mujeres, que un 28% también cuenta con estudios de Educación Secundaria Obligatoria. En el ámbito del mercado laboral, el 39% de las mujeres se encuentra en situación de desempleo, porcentaje que se acentúa en el caso de los hombres, encontrándose la mitad de ellos (51%) en dicha situación.

De nuevo, la descendencia es uno de los ejes sociodemográficos que diferencia el perfil de mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, el 37% tiene una hija o hijo y el 33% tiene dos o más, mientras que los hombres atendidos, en su mayoría, carece de hijas o hijos (59%).

Destaca, además, que la mitad de las mujeres atendidas en los servicios de reducción de daños presenta alguna enfermedad psíquica.

Por otra parte, en relación con la situación habitacional, tanto en mujeres como en hombres lo más frecuente es que se encuentren en situación de alojamiento inestable (43% y 46%, respectivamente). Este dato es coherente con los servicios de reducción de daños más utilizados por ambos grupos, donde predominan los programas de atención a personas sin hogar (31% en mujeres y 48% en hombres).

En cuanto al segundo servicio más utilizado, de nuevo se observan diferencias. En el caso de las mujeres, ocupan este lugar los servicios dirigidos a mujeres en situación de prostitución y los programas de atención específica en VIH/SIDA, ambos con el 24%. En cambio, entre los hombres, el segundo servicio más utilizado corresponde a los programas de atención en VIH/SIDA (27%), seguidos por los de atención específica de chemsex (13%).

En cuanto al consumo:

- Las sustancias más prevalentes en mujeres son la cocaína (25%) y el alcohol (22%), seguidas de la heroína (13%). Las mujeres presentan un mayor consumo por vía fumada y oral.

- En los hombres la cocaína es la sustancia más frecuente (21%), junto con el alcohol (19%) y la heroína (19%), presentando un mayor consumo por vía fumada, oral e intravenosa.

2.1.6. INCORPORACIÓN SOCIAL (ORIENTACIÓN Y EMPLEO)

Las distintas entidades que conforman la Red UNAD desarrollan servicios específicos relacionados con la orientación y el empleo, en los que durante el año 2024 se atendieron:

Incorporación social	Total personas	% Mujeres	% Hombres
Atenciones totales	6.008	28 %	72 %

El porcentaje de mujeres atendidas no ha dejado de crecer en los últimos años, pasando de un 18% de mujeres en 2016 al 35% en 2023, si bien se registra una disminución al 28% en 2024.

El perfil mayoritario, en ambos casos, corresponde a personas mayores de 34 años, nivel educativo de Educación Primaria (38% en el caso de las mujeres y un 39% en hombres) y nivel educativo de Secundaria en un 28% de mujeres y 26% de hombres, y en situación de desempleo (66 % tanto en mujeres como en hombres).

Los servicios más demandados en ambos casos fueron los vinculados a la información y orientación (46% en el caso de mujeres y 31% en hombres) seguidos del acompañamiento en itinerarios de inserción en el caso de las mujeres (25%) y la intermediación laboral en el caso de los hombres (29%). Asimismo, en ambos casos el porcentaje de adicciones con sustancias son los más comunes, representando el 86% en el caso de las mujeres y el 93% en el caso de los hombres.

2.1.7. SENSIBILIZACIÓN / INCIDENCIA

En lo que respecta al ámbito de la **sensibilización**, las entidades de la Red UNAD desarrollan a lo largo del año diversas acciones, ya sean jornadas, eventos, formaciones o la creación y difusión de distintos tipos de materiales, enfocados a concienciar y visibilizar las diferentes realidades de las adicciones e invitando a la reflexión y promoviendo actividades alternativas a las conductas problemáticas vinculadas con las adicciones, siempre desde la mirada de género.

En cuanto a **incidencia política**, UNAD trata de influir en las políticas de drogas, tanto a nivel estatal como europeo, para que éstas incorporen de manera real la perspectiva de género. En los últimos años UNAD ha participado en el diseño de la Estrategia Nacional Sobre Adicciones y sus correspondientes Planes de Acción aportando su visión sobre la necesaria incorporación esta perspectiva tanto de manera transversal como con objetivos específicos.

Asimismo, UNAD tiene el objetivo de influir en las **políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y las políticas contra la violencia de género**, en tanto se trata de políticas públicas que afectan directamente a las mujeres con problemas de consumo, drogodependientes y/o con otras adicciones.

2.2. CLAVES SOBRE MUJERES Y ADICCIONES DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO

2.2.1. ALGUNAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Las mujeres se enfrentan a los tratamientos con una **falta de apoyo mayor** en comparación con los hombres, siendo sus parejas heterosexuales (muchos de ellos también con adicciones y necesidades de atención) los que menor implicación presentan. De forma mayoritaria acuden acompañados de otras mujeres, ya sean madres, hermanas, hijas o amigas.

Además, debido a los mandatos de género, los cuales suponen una carga psicológica enorme, a las mujeres les cuesta mucho centrarse “en sí mismas” y dedicarse tiempo para el autocuidado. Estos mandatos les generan sentimientos de culpa cuando deciden hacerlo y miedo de ser censuradas socialmente, especialmente en el caso de aquellas que tienen hijos/as a su cargo, quienes ven **peligrar su custodia**. Esta situación se acentúa aún más entre las mujeres que usan drogas por vía inyectada.

Por ello, en muchas ocasiones se ven obligadas a **ocultar sus consumos** evitando pedir apoyo. En contextos de violencia, esa culpa y vergüenza que sienten las lleva a asumir como merecida la violencia que se ejerce sobre ellas, entendiéndose como algo “normal”. En definitiva, el **estigma de género, la culpa y la penalización social** aparecen como un fuerte factor que determina el hecho de que una mujer se acerque o no a los servicios de atención a las adicciones cuando tiene menores a cargo.

Este estigma se ve multiplicado en el caso de las **mujeres embarazadas**, vulnerabilizándolas aún más. La percepción social de una total incompatibilidad de los usos de drogas con la maternidad las **criminaliza** y hace que, en muchas ocasiones, los riesgos percibidos hacia el feto prevalezcan frente a los sufridos por las madres, dejando en un segundo plano sus necesidades y derechos a una atención digna y centrada en ella como sujeto, corriendo un elevado riesgo de que los hijos/as les sean retirados/as.

Otra cuestión a tener en cuenta es el **envejecimiento** de las mujeres con problemas de adicción, que es una realidad creciente e invisibilizada marcada por el impacto acumulado del trauma, la violencia de género, la medicalización del malestar y la desigualdad social. Predominan los consumos de **sustancias legales y prescritas**, con mayores riesgos físicos y cognitivos asociados a la edad, mientras que el estigma por género, edad y adicción retrasa la detección y el acceso a los recursos. Esta

situación exige incorporar de forma explícita la perspectiva de género, de ciclo vital y trauma en las políticas y en los modelos de intervención en adicciones y violencia de género.

También es importante incorporar la perspectiva de género en el abordaje de adicciones con el colectivo **LGTBIQ+** para visibilizar necesidades específicas que a menudo son ignoradas en los modelos de tratamiento estándar. Además del estigma y la discriminación que sufren, existen muchos otros obstáculos, entre ellos: la falta de formación y sensibilización de los equipos profesionales de las adicciones sobre las problemáticas y realidades de las personas **LGTBIQ+**; el bajo nivel de conocimiento de sus realidades o falta de especialización de los equipos y de los servicios de tratamiento; la falta de modelos de intervención que responden a sus necesidades específicas; y el uso inadecuado de del lenguaje y de comunicación por parte de las y los profesionales. Todos estos obstáculos hacen que las personas **LGTBIQ+** que consumen drogas o presentan adicciones no se sientan acompañadas, apoyadas o consideradas en los servicios sociosanitarios en general. Como consecuencia, las personas no buscan la ayuda que necesitan, o las pocas que lo hacen no permanecen hasta completar el tratamiento.

2.2.2. SESGOS DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

En los propios **recursos de atención** a las problemáticas asociadas a los usos de drogas y las adicciones nos encontramos con barreras de acceso y permanencia debido al tradicional diseño **androcéntrico** de los mismos, es decir: los recursos están pensados por y para el grueso de los hombres. Si no se revisan normativas con perspectiva de género, no se diseñan los espacios con esta mirada, no se tienen en cuenta las motivaciones específicas para el consumo o los patrones concretos que presentan las mujeres, relacionados con cuestiones socioculturales de género, o no se considera la interrelación de los malestares y violencias que viven las mujeres, las intervenciones no serán justas ni efectivas.

Otro ámbito en el que se producen múltiples discriminaciones a las mujeres por el mero hecho de serlo es el **mercado laboral**. Las mujeres que sufren adicciones se enfrentan, si cabe, a mayores dificultades en materia de empleo. Por un lado, las consecuencias físicas y sociales que se derivan de consumos problemáticos reducen significativamente sus posibilidades de ser contratadas / empleadas, ahondando así en su exclusión social y favoreciendo el consumo de drogas. Por otro lado, acceden mayoritariamente a puestos de trabajo precarizados y mal remunerados al pertenecer a sectores muy feminizados y devaluados, como pueden ser la limpieza o los cuidados.

En el caso de las **mujeres privadas de libertad con adicciones**, la situación se complica aún más. La transgresión, no sólo de la norma legal, sino también de los mandatos de género, intensifica el estigma, provocando ingresos más traumáticos debido a la falta de apoyo y acompañamiento adecuado, así como al diseño androcéntrico de los centros y servicios penitenciarios.

En este sentido, cabe destacar que, si bien el perfil delictivo de las mujeres podría favorecer la aplicación de medidas alternativas a la prisión, las cargas de cuidado, la falta de recursos económicos estables, la ausencia de redes de apoyo y las limitaciones en los medios de transporte hacen que estas opciones sean prácticamente inviables. En consecuencia, las mujeres se ven atrapadas en un sistema penitenciario que perpetúa su exclusión.

Por último, otro ámbito clave es el referido a la **atención sanitaria**. La “sobremedicación” en mujeres es un problema estructural de salud pública, consecuencia del androcentrismo en las ciencias de la salud. Históricamente la investigación ha utilizado la mirada androcéntrica asumiendo los resultados como la norma y extrapolables a las mujeres sin tener en cuenta los aspectos diferenciales.

El abuso de psicofármacos obedece a causas sociales relacionadas con la desigualdad de género. Roles aprendidos en los procesos de socialización, atribuciones y excesivas expectativas en torno a los cuidados, la imagen, el trabajo, las responsabilidades... Una sobrecarga que tiene como resultado la ansiedad, la depresión, el agotamiento... y, en muchos casos, el consumo de sustancias.

Dicho consumo aparece como “medio” para sobrellevar las cargas del día a día, la culpabilidad y frustración por no cumplir con lo que se espera de las mujeres, pero también es utilizado para mitigar el dolor y el daño causado por las desigualdades y las múltiples violencias machistas.

Las mujeres acuden a los servicios de salud mental con una fuerte carga emocional, pero hay una tendencia a la patologización de lo femenino, subestimando los determinantes sociales, y diagnosticando de forma genérica sin ahondar en las posibles causas que hay detrás. Los psicofármacos “enmascaran” el origen y perpetúan el síntoma, ya que el malestar asociado las desigualdades, la violencia de género y otras violencias que sufren, la sobrecarga...

En este sentido, es necesaria la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las ciencias de la salud, tanto en la práctica clínica como en la investigación, teniendo en cuenta los aspectos diferenciales y el impacto de los roles y estereotipos de género en la salud mental de las mujeres. Asimismo, se requiere incorporar modelos terapéuticos integrales que profundicen en las causas del malestar y origen de los síntomas.

2.2.3. VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES

De acuerdo con el artículo 1, de la **LO 1/2004**, la **violencia de género** comprende cualquier acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, ejercida por quienes sean o hayan sido cónyuges o estén o hayan estado ligados a la mujer por relaciones afectivas, aun sin convivencia. Sin embargo, en coherencia

con los desarrollos conceptuales y normativos autonómicos⁶ posteriores, así como con el renovado **Pacto de Estado contra la Violencia de Género**, este tipo de violencia abarca todo un conjunto más amplio de manifestaciones y contextos que se rigen por el mismo principio estructural de desigualdad. De este modo, son también manifestaciones de violencia de género la violencia económica, la **violencia digital**, la **violencia vicaria**, la **violencia obstétrica**, la **violencia institucional**, la **violencia simbólica**...

Asimismo, cabe destacar la existencia de **factores, condiciones o situaciones que, en intersección⁷ con el género, incrementan la vulnerabilidad** y agravan los efectos de la violencia de género tales como, entre otros, la clase social, la raza, la etnia, la edad, la discapacidad, la situación migratoria o administrativa, la condición de salud mental, el sinhogarismo, la privación de libertad. Otro factor de vulnerabilización son las **adicciones**, tal como ha reconocido el citado Pacto de Estado en 2025, con el que se amplían las medidas de protección y atención, pasando de 290 a 462, y en el que se reconoce la necesidad de garantizar la protección y el acceso a recursos para mujeres con adicciones.

Las mujeres que atraviesan procesos de consumo problemático suelen transitar espacios limitantes y de alta complejidad. Sus historias están frecuentemente marcadas por violencias estructurales, históricas y actuales, múltiples desigualdades y situaciones de pobreza. A ello se suma un fuerte **estigma social** que funciona como elemento de control que tiende a ordenar la sociedad definiendo las normas y sancionando, juzgando o **criminalizando todo aquello que se desvía de ella**. Este estigma impacta de manera diferencial en las mujeres, aumentando el aislamiento, la patologización y la culpa, dejando fuera sus contextos, saberes y realidades.

Estudios citados en la literatura académica y por organismos como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) indican que las mujeres consumidoras de drogas tienen tasas de victimización mucho más altas que las mujeres en general en el ámbito de la pareja o expareja,

⁶ Además de las leyes y otras normativas de Comunidades Autónomas, cabe también destacar la relevancia conceptual y analítica de la **Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual**, que, aunque aborda específicamente las violencias sexuales, aporta elementos clave para entender y abordar la violencia de género.

⁷ El marco de la **interseccionalidad** constituye una herramienta clave para comprender las múltiples formas de desigualdad, opresión y discriminación que atraviesan a personas y comunidades vulnerabilizadas. En el ámbito de las drogodependencias, acompañar desde una perspectiva interseccional resulta fundamental, ya que la relación entre la persona y el consumo no puede ser entendida desde una lógica lineal o reduccionista. Se requiere situar los contextos vitales, culturales y de género que configuran dichas experiencias, permitiendo así una comprensión más amplia y transformadora. La perspectiva interseccional permite observar cómo distintas dimensiones —como el género, la clase social, el origen, la edad, la orientación sexual, la salud y otras condiciones estructurales— se entrecruzan en la vida de las personas, esta intersección puede dar lugar a la reducción en el acceso a recursos, oportunidades y derechos, facilitando procesos de exclusión. Incorporar esta mirada en las intervenciones implica adoptar un enfoque integral, centrado en la persona y desde todas sus dimensiones: reconocer la complejidad de las trayectorias vitales y dar respuestas reales y respetuosas de las necesidades específicas.

situándose a menudo entre el **40% y el 90%** en casos de abuso de sustancias (Leskošek, V., Mejak, V. (2024)⁸.

Asimismo, según el estudio pionero en ámbito europeo de Benoit y Jauffret-Roustide en 2016⁹, se detecta:

- Una mayor prevalencia de violencia entre las mujeres usuarias de drogas que entre las mujeres de la población general.
- Una mayor prevalencia de violencia entre las mujeres usuarias de drogas que entre los hombres.
- Un mayor uso de sustancias psicoactivas entre las personas que han experimentado violencia en su vida que entre las que no la han vivido
- Violencia más generalizada y sistemática experimentada por las mujeres, particularmente entre ciertos grupos vulnerables (como las que ejercen la prostitución o las mujeres embarazadas).

Destacamos también algunos resultados claves del estudio europeo del proyecto Interleave (2022)¹⁰:

- La mayoría de mujeres que usan drogas declara haber sufrido violencia psicológica (86,64%) y/o física (74,23%); el 44,62% reporta violencia sexual en la edad adulta y el 24,62% violencia sexual en la infancia.
- Tanto los hombres que usan drogas y/o alcohol (86,22%) como los que no (51,97%) son principalmente reportados como agresores por las mujeres que usan drogas, lo que muestra la estructuralidad de las violencias basadas en el género, en tanto que relaciones de poder de género.
- Por contextos, destaca la alta prevalencia de las **violencias institucionales**¹¹ (26,54%), lo cual abre la posibilidad de mejorar las estrategias de intervención, tanto en los servicios

⁸ Leskošek, V., Mejak, V. (2024). "Violence Against Drug-Using Women in Intimate Partnerships". In: Sinha, R., Basu, P. (eds) *Families and Gendered Violence and Conflict*. Social Work. Springer, Cham. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-42602-5_2-1

⁹ Benoit, T., y Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Estrasburgo: Grupo Pompidou - Concilio de Europa. Disponible en: <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>

¹⁰ Plaza Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., y Bedoya Cardona, E. Y. (2022). INTERLEAVE Research Report: *Women who use drugs facing gender-based violence in Europe*. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE2262.pdf>

¹¹ Las **violencias de género institucionales** son "una forma o manifestación de la violencia machista que se puede dar en distintos ámbitos: centros sanitarios, juzgados, administraciones o comisarías. Sucede cuando una mujer o niña, niño o adolescente acude a las instituciones del Estado y se produce alguna omisión, práctica o acción que constituyen violencia machista al obstaculizar o impedir el ejercicio de su derecho humano a una vida libre de violencias machistas y discriminación. También se produce cuando hay una omisión de políticas adecuadas a las formas y ámbitos de las violencias machistas. Se puede dar en casos en los que las mujeres han sufrido o son supervivientes de violencias machistas y la respuesta de las instituciones no se realiza con la diligencia debida para prevenir, proteger, investigar, sancionar y reparar de manera integral." en Garrido Jiménez, L. y Sordo Ruz, T. (2025): *Guía informativa sobre las violencias institucionales machistas*. OVIM: Observatorio de Violencias Institucionales Machistas. Disponible en: <https://ovim.org/wp-content/uploads/Guia-VIM.pdf>

generalistas, como por ejemplo en los centros de salud y servicios sociales, y también en los servicios especializados para personas que usan drogas.

Además, según datos reportados por algunas de las entidades de la Red UNAD que recogen esta información y que han participado en la elaboración del Perfil, el 56% de las mujeres atendidas en España ha sufrido maltrato en la pareja y el 32% ha sido víctima de violencia sexual, acumulando así diversas violencias en sus espaldas a lo largo de su vida.

Por último, destacamos que, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer en España (2024)¹²:

- El 1,0% (220.194) de las mujeres de 16 o más años afirman haber sido violadas cuando estaban bajo los efectos del alcohol o las drogas, ascendiendo este porcentaje hasta el 2,8% entre las mujeres de 18 a 24 años¹³.
- El 25,1% de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual, emocional o miedo de una pareja o expareja ha consumido alguna sustancia (medicamentos, alcohol o drogas) para afrontar lo sucedido. Si solo se tiene en cuenta a las que han sufrido violencia física o sexual, el porcentaje se eleva a una de cada tres (32,9%). Las sustancias consumidas con más frecuencia en estos casos son los medicamentos (26,3%), seguidos de el alcohol (6,1%) y drogas ilegalizadas (2,7%).

Ante este panorama, cabe señalar, como lo hacen Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2021)¹⁴, que

“la adicción femenina y la violencia de género son elementos asociados en ambos sentidos. Cada uno de ellos incide de forma recíproca en el otro: el consumo de sustancias aumenta el riesgo de experimentar violencia, de la misma manera que la violencia aumenta el riesgo de

¹² Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2025): *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024*. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta-de-violencia-contra-la-mujer-2024/>

¹³ En los últimos años se han mediatizado casos sobre **sumisión química y violencias sexuales** con discursos sin perspectiva de género. Desde la Comisión de Adicciones y Género de UNAD manifestamos que: a) la mayoría de las agresiones con uso de drogas son de tipología oportunista (los agresores aprovechan la dificultad de expresar consentimiento derivada del consumo voluntario de la agredidas); b) la sustancia más presente en estas situaciones es el alcohol; c) la sumisión química es un *modus operandi* para cometer la violencia: ni éste ni la sustancia son la causa. Es preciso desplazar el foco hacia el género como factor de vulnerabilización y estructura que sostiene la violencia; d) las agresiones se dan en muchos casos por parte de personas conocidas, por lo que es necesario desmontar el mito del agresor desconocido presentado como “monstruos”, en muchos casos desde concepciones racistas y clasistas; e) los tapavastos, brazaletes detectores de drogas y otros artilugios son, por tanto, ineficaces para hacer frente a las violencias sexuales. Además, responsabilizan a las mujeres de protegerse frente a las violencias y promueven el terror sexual, perpetuando una narrativa alarmista sobre los espacios públicos y de ocio (recordemos que muchas de estas violencias tienen lugar en los espacios privados y domésticos). Frente a ello, abogamos por estrategias a largo plazo, integrales y coordinadas que prevengan las violencias desde la perspectiva de género.

¹⁴ Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2021): *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_susustancias.pdf

adicción como estrategia de afrontamiento de esas experiencias [...] La violencia y la adicción pueden funcionar como factores **antecedentes o consecuentes**, pero en ningún caso la adicción es el origen de la violencia. La violencia es producto de unas relaciones de poder determinadas”.

Sin embargo, frente a esta realidad que evidencia la investigación y la experiencia en la intervención ante estas problemáticas, nos encontramos con una **escasez de recursos** disponibles que las aborden de forma simultánea. Es decir, las intervenciones se realizan de forma parcelada y no desde una perspectiva integral e interseccional, entendiendo que se trata de cuestiones independientes. Si bien a nivel estatal existen varios recursos de este tipo, pertenecientes en su mayoría a la Red UNAD, no dejan de ser una minoría. Además, en las redes de recursos, en general, faltan herramientas para poder detectar y trabajar correctamente ambas cuestiones

2.2.4. POR UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y NO FRAGMENTADA

Esta evidente falta de articulación entre los servicios que atienden a las mujeres con adicciones genera una atención fragmentada y desigual. En un mismo caso, una mujer puede estar en contacto con múltiples equipos profesionales que intervienen de manera independiente: atención a la salud mental, adicciones, Servicios Sociales, e incluso el Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia, en el caso de que fuera madre. Esta multiplicidad de profesionales, lejos de favorecer una atención integral, dificulta el proceso de recuperación, ya que las prácticas de intervención tienden a ser diferenciadas y, en ocasiones, descoordinadas. Es fundamental avanzar hacia un modelo de atención integrada que trascienda la mera coordinación interservicios, permitiendo una respuesta más coherente, eficaz y centrada en las necesidades individuales y complejizadas, evitando una visión generalizada en la atención e intervención.

La atención a niñas, niños y adolescentes en contextos en los que las madres tienen un problema de adicción suele estar marcada por intervenciones focalizadas en la protección infantil, pero con una falta de coordinación entre los servicios de salud (adicciones, salud mental, entre otros) y los servicios de atención a la infancia y adolescencia. Esta fragmentación puede invisibilizar las necesidades emocionales y sociales de las criaturas y de sus madres. Es fundamental promover un enfoque integral y estructural que atienda y acompañe de manera simultánea el bienestar de las infancias y adolescencias y el proceso de recuperación de las madres, haciéndoles partícipes y garantizando una intervención más coherente y respetuosa con los vínculos familiares.

3. POSICIONAMIENTO

Actualmente persiste un importante grado de vulnerabilización y estigmatización hacia las personas que consumen drogas y aquellas con adicciones, especialmente en el caso de las mujeres. Esta situación se ve acentuada por una visión social androcéntrica que sitúa a los hombres y lo masculino como equivalente a lo “universal”, lo “neutro”, y a las mujeres como la “otredad”, lo cual está generando tres consecuencias principales:

1. La **invisibilización de las mujeres** en este sector, que lleva a no considerar sus especificidades y necesidades, las cuales son consecuencia del sistema sexo-género. Además, se da una **sanción** concreta a las mujeres consumidoras o que presentan adicciones por alejarse de lo que se espera de ellas según la concepción tradicional y patriarcal de la feminidad.
2. Una **falta de análisis de los condicionantes de género y su intersección con otros ejes de desigualdad** que puedan estar influyendo en el consumo problemático de drogas y en las adicciones, tanto en mujeres como en hombres.
3. **Mayores barreras de acceso y permanencia en los servicios** en el caso de las mujeres, debido a las desigualdades estructurales derivadas del género, en intersección con otros ejes, y a la respuesta terapéutica inadecuada que reciben en muchos casos.

Ante esta realidad, la Red UNAD considera imprescindible la **incorporación de la perspectiva de género** (analizar e intervenir sobre la realidad teniendo en cuenta las desigualdades de género) a **todos los niveles**: investigación, sensibilización, incidencia, formación, prevención, atención y tratamiento. Si no se incorpora este paradigma de análisis e intervención, se estará perpetuando una visión homogeneizante de la población, ignorando que mujeres y hombres presentan necesidades distintas, por razón de género, y requieren intervenciones diferenciadas que respondan a sus especificidades. Además, si no se tienen en cuenta las relaciones de poder de género, se naturalizarán y, por tanto, se reforzarán.

En este sentido, se aboga por desarrollar una estrategia a medio y largo plazo basada en las siguientes acciones complementarias:

- La adopción de **medidas positivas y acciones específicas**¹⁵ en torno a puntos de partida de desventaja social de las mujeres.

¹⁵ Las medidas de acción positiva son aquellas dirigidas a un grupo determinado con el fin de “suprimir y prevenir una discriminación o compensar las desventajas resultantes de actitudes, comportamientos y estructuras fácticas existentes”. Se caracterizan por ser puntuales, temporales y excepcionales, de modo que, en tanto el desequilibrio ha sido corregido, estas medidas han de dejar de desarrollarse. Asimismo, han de ser “razonables y proporcionadas en relación con el objetivo perseguido en cada caso, que no puede ser otro que el de superar las situaciones de desigualdad de las mujeres en relación con los hombres en cada uno de los supuestos que se pretenda corregir con la aplicación de una acción positiva” (European Institute for Gender Equality, 2016. *Acción positiva*, EIGE Thesaurus. Disponible en https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1108?language=es&utm_content=entity=es&utm_medium=content).

- La aplicación de la **transversalidad o *mainstreaming* de género**¹⁶, mediante la realización de acciones tanto con mujeres como con hombres que participan de los programas, así como con los equipos profesionales y la sociedad en su conjunto, orientadas a reducir las inequidades de género, así como al logro de una efectiva igualdad de oportunidades en el acceso a recursos y desarrollo de tratamientos, prevención, etc. Estas acciones deben surgir de un proceso de identificación de la problemática que permita responder a la misma con los recursos adecuados.

Para avanzar en esta línea resulta fundamental, en primer lugar, que las personas profesionales encargadas de atender a estas mujeres cuenten con la **FORMACIÓN ESPECÍFICA** necesaria en la **intersección entre las adicciones y el género, incluidas las violencias de género hacia mujeres y niñas**. Asimismo, es precisa la formación en **abordaje del trauma**, dado que en un alto porcentaje está presente en sus vidas mucho antes de que apareciera la adicción, funcionando ésta como un mecanismo de regulación del sufrimiento que acarrear.

También es imprescindible garantizar que las y los profesionales de los servicios cuenten con todos los **RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES** necesarios que permitan la gestión de una atención integral, planteada desde una posición empática y libre de estereotipos y juicios, así como **ESPACIOS DE SUPERVISIÓN** que garanticen la incorporación de la perspectiva de género en la gestión, en todas las etapas de realización de una acción y un proyecto y en las organizaciones en general, para dotar de espacios seguros a las mujeres y generar modelos de intervención adaptados a sus necesidades.

La Red UNAD considera que la violencia de género que sufren las mujeres con adicciones debe ser entendida como aquella **violencia estructural** ejercida sobre las mujeres por el mero hecho de serlo y fruto de las relaciones desiguales de poder históricamente construidas entre hombres y mujeres, y no como una consecuencia de sus consumos problemáticos, si bien esta situación las hace aún más vulnerables. En este sentido, la Red UNAD apuesta por la creación de **PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN** que permitan una detección temprana, así como realizar intervenciones coordinadas entre los diversos agentes sociales, entendiendo que se tratan de herramientas necesarias, pero insuficientes por sí mismas.

También es importante **SENSIBILIZAR Y CONCIENCIAR** a la población en general en materia de violencia de género y adicciones mediante diversas acciones que permitan hacer frente a los mitos presentes en el imaginario colectivo (por ejemplo, el que concibe el uso de sustancias y las adicciones como factores causales de la violencia de género). También es importante sensibilizar a las propias

¹⁶ El '*mainstreaming* de género' o 'transversalización de la perspectiva de género' es el proceso de evaluar las implicaciones que cualquier acción planificada - incluida la legislación, las políticas o los programas - puede tener para mujeres y hombres, en todos los ámbitos y a todos los niveles. Es una forma de integrar las preocupaciones y experiencias tanto de mujeres como de hombres en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que ambos géneros se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad de género. El objetivo final de esta estrategia es alcanzar la igualdad de género (UN Women Training Centre, s.f. *Gender mainstreaming*, Gender Equality Glossary. Disponible en <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36&mode=letter&hook=G&sortkey=&sortorder=&fullsearch=0&page=-1>).

víctimas y supervivientes de las violencias para que adquieran herramientas de identificación de las causas de los malestares de género y de las violencias recibidas en un contexto caracterizado por la desigualdad.

En lo que respecta al **trabajo con hombres**, la Red UNAD cuenta con un material¹⁷ en el que exponemos la necesidad de abordar la intervención desde una perspectiva de género que permita profundizar en el abordaje de los usos de drogas y las adicciones teniendo en cuenta este eje de subordinación de las mujeres y lo asimilado a lo femenino, es decir: trabajando más allá de los mandatos de género, las competencias y habilidades sociales, y las denominadas “nuevas masculinidades”, en pos de una revisión personal y social que permita **modificar las estructuras de poder** producto del género. A su vez, es necesario aplicar también un enfoque **interseccional** que permita abordar la situación de cada individuo en toda su complejidad.

Como objetivo último, se establece la necesidad de contar con un **MANUAL** adaptado a cada uno de los servicios ofrecidos desde la Red UNAD en los que se aporten claves para incorporar la perspectiva de género adaptadas a diversas realidades, particularidades y dinámicas de los recursos.

¹⁷ ‘Hombres y Adicciones. Intervención desde perspectiva de género’ (Martínez-Redondo y Luján-Acevedo, 2020). Disponible en https://www.unad.org/wp-content/uploads/2021/06/hombres_y_adicciones_digital_unad.pdf