

## ***Adicción y rehabilitación en mujeres adictas***

YUNUEN MARILI PÉREZ GÓMEZ  
FRIDA DE LA PAZ AVILA

El presente diálogo documentado visibiliza el común acuerdo entre autores y autoras de que las adicciones afectan de manera diferencial a hombres y mujeres. El género constituye un factor fundamental que influye en el inicio, desarrollo y acceso al tratamiento de las personas que padecen alguna adicción. Con base en la revisión de literatura, este acápite ofrece un panorama general sobre las adicciones y el proceso de rehabilitación en mujeres.

En un primer momento se da cuenta del aumento en la prevalencia de consumo y abuso de sustancias en este sector poblacional. Las y los autores plantean que las mujeres se han vuelto una población de urgente atención, con necesidad de propuestas de tratamiento y atención especializada, pertinente y contextualizada.

En el segundo apartado se ahonda en la adicción en mujeres desde la perspectiva biopsicosocial. La literatura expone cómo el género implica consecuencias biológicas, sociales y psicológicas diferenciadas en hombres y mujeres. Estos diferenciales se vinculan con las barreras personales, sociales y estructurales presentadas en el proceso de atención, tratamiento y rehabilitación, que son expuestas en la tercera sección del presente documento. Ante esta situación, en la cuarta parte se despliegan las propuestas alternativas de tratamiento expuestas en los estudios consultados que tienen como objetivo visibilizar y atender las necesidades de las mujeres con adicciones, y se contraponen con el enfoque masculinizado mostrado tanto por los centros de tratamiento como por la doxa académica.

En la quinta sección se profundiza en el término de la “codependencia”, el cual ha sido estudiado principalmente por grupos de la sociedad civil. Este concepto hace referencia a las dinámicas relacionales que las mujeres con adicción establecen con sus familiares y su pareja. Las y los diferentes autores han señalado cómo la codependencia es un factor común en la vida de las mujeres adictas, el cual se ha asociado con el inicio del consumo, su desarrollo y las barreras de acceso a un tratamiento.

El sexto apartado expone la relación entre la violencia y las adicciones en mujeres. En la literatura resalta cómo la mayoría de las historias de vida de las mujeres con adicciones han estado marcadas por violencias estructurales. Enseguida, se abre una sección de la sexualidad de la mujer adicta, la cual, según las evidencias consultadas, está atravesada por los tabúes sociales, las expectativas de género, los abusos y las prácticas de riesgo.

La parte final de este capítulo se enfoca en las poblaciones ocultas, abordando así el consumo y la problemática de las mujeres migrantes, mujeres privadas de la libertad, mujeres dedicadas a la prostitución y mujeres indígenas. De esta manera se muestra que no existe un perfil único de mujer adicta.

En suma, se pretende ofrecer un panorama amplio de las diferentes aristas que conforman la experiencia de las mujeres con adicciones. Los apartados denotan cómo la adicción no es ajena al género, y por ende, al contexto sociohistórico y cultural desde el cual es configurado.

Desde los diferentes saberes se afirma cómo las mujeres con adicciones se enfrentan a un contexto que ha invisibilizado sus necesidades y no ha encontrado formas de acompañamiento, contención y tratamiento sensibles a sus necesidades.

## LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO EN LAS MUJERES ADICTAS

En los estudios recientes se muestra un aumento en la prevalencia del consumo de sustancias en mujeres; situación que lleva por lo menos cuatro décadas sin detenerse. Martha Romero, Jorge Galván, Mónica Martínez y Eva María Rodríguez (2011) hacen un análisis histórico acerca de este fenómeno; según los autores, en la década de los setenta el consumo en la población femenina se mantuvo mínimo, no obstante, debido a las transformaciones sociales acontecidas en la década de los ochenta, “las mujeres comienzan a adquirir conductas de riesgo consideradas como típicamente masculinas”. En consecuencia, durante la década de los noventa se empezó a considerar esta situación como un problema de salud pública.

En la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) realizada entre 2016 y 2017 (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017) dentro de la categoría de “consumo excesivo de alcohol en el último mes”, se notó un incremento de 4.1% a 10.3% en la población total femenina. Asimismo, el aumento del consumo en mujeres de 12 a 17 años creció 3,5 veces más con relación a 2011 (2.2% en 2011 y 7.7% en 2016). Sin embargo, solo 0.6% de las mujeres reportaron dependencia al consumo de alcohol.

En cuanto al consumo de tabaco, según la Encodat (2017) (Conadic, 2017), 17.6% de la población de 12 a 65 años son fumadores. De ese porcentaje, las mujeres constituyen 8.7%. De la misma forma, la prevalencia de consumo diario en mujeres es menor (3.1%) a la de los hombres (10.0%). En el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas se reportó un aumento en el consumo de la población total en cualquier droga —drogas prescritas utilizadas por más tiempo del indicado y / o drogas ilegales—, drogas ilegales y marihuana entre 2011 y 2016, “al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% a 10.3%, 9.9% y 8.6% respectivamente” (p.47), en la categoría de “alguna vez en la vida”. De igual manera, se duplicó el consumo de marihuana (de 1.6% en 2011 a 3.7% en 2016) y de drogas ilegales (de 2.3% a 4.3%), además de que hubo un aumento en el consumo de cualquier droga (de 3% a 3.8%).

Aunque las estadísticas dan un amplio panorama del problema de la mujer y las adicciones, en este apartado se profundizará en cuál es la cara (o las caras) de la mujer adicta, qué tipo de sustancias son las que consume y los factores que, según los autores, condicionan su consumo. Con el objetivo de ampliar la comprensión de la adicción en mujeres, se tomó información generada desde diferentes contextos, pero que tienen como eje transversal el consumo en esta población.

Según María Ángeles Barreda, Mercedes Díaz-Salazar, Sol de la Cuesta, María del Carmen López, Mercedes Rodríguez, Susana Sánchez y Begoña Zulaica (2005a), en España el consumo de sustancias legales, como el tabaco y los tranquilizantes, es más común en las mujeres, mientras que el consumo de las drogas ilegales está más extendido en los hombres. Tal aseveración es sustentada a su vez, por lo expuesto por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, por sus siglas en inglés) (2006): “el consumo de tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica a lo largo de la vida es mayor en las mujeres” (citado en Romero, Galván, Martínez & Rodríguez, 2011, p.267). Por su parte, María Nuria Romo (2005) indica que en España las mujeres siguen consumiendo en proporciones

mínimas las drogas ilegales, ya que el consumo de este tipo de sustancias genera un mayor rechazo social.

Estos datos no se alejan mucho de los del contexto latinoamericano. Diana Maffia, Patricia Colace y Santiago Lerena (2011) plantean que en Argentina, las sustancias como el alcohol, el cannabis y algunas benzodiazepinas son las más consumidas por las mujeres. En el caso de México, P. Isaías Castillo y Alma Gutiérrez (2008) retoman los datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y revelan que los hombres acuden a tratamiento de forma más frecuente “por problemas asociados con el alcohol, cannabinoides y por motivo de múltiples drogas y otras sustancias” (p.354), mientras que su contraparte femenina acude, en su mayoría, por el consumo de opiáceos, sedantes o hipnóticos. Además, en su estudio epidemiológico encontraron que las sustancias más consumidas por mujeres, alguna vez en la vida, las de preferencia y las de mayor impacto, son el tabaco, el alcohol y la marihuana.

Se puede hablar de un consumo diferenciado por el género. Augusto Pérez y Marcela Correa (2011) mencionan cómo el consumo entre hombres y mujeres se manifiesta “en todo tipo de circunstancias, cantidades y modos: así, el consumo de sustancias por vía oral es mayor entre las mujeres, en especial de fármacos y alcohol y es menor el consumo por vía intranasal” (p.212). Esta tendencia sugiere que el consumo en las mujeres está mediado por el juicio social adjudicado al tipo de sustancia consumida; así, está socialmente reprobado que las mujeres consuman drogas comprendidas dentro de la ilegalidad, pero hay una aceptación más generalizada a adicciones como el tabaco, o que se pueden disfrazar bajo un tratamiento médico, como el uso de benzodiazepinas, hipnóticos y sedantes.

El consumo de tabaco ha sido visto como algo generalizado y común en hombres y mujeres desde hace varios años. Según Jimena González (2015), entre las décadas de los sesenta y setenta, la industria tabaquera retomó los anhelos de independencia, éxito social y sexualidad más abierta de las mujeres, vendiendo así no solo el producto sino estilos de vida aceptados y deseados por las mujeres.

Según Barreda et al. (2005b), la mujer adicta no presenta un perfil único, y la intensidad y número de diferentes variables, como el grado de abuso o dependencia, grado de consciencia de que existe un problema, motivación para modificar la conducta adictiva, así como características personales, sociales y familiares, evidencian la complejidad e idiosincrasia en que las mujeres pueden vivir su adicción y proceso de recuperación. Para Martha Romero, María Elena Medina-Mora y Carlos José Rodríguez (2011), la experiencia de la adicción también se ve condicionada por factores personales, socioculturales y, de manera directa, relacionadas con el tiempo y tipo de consumo. Se vislumbra entonces que cada mujer vive la adicción desde su particularidad, y la categoría de la “mujer adicta” ha de ser comprendida desde la diversidad (Romero Mendoza, Gómez & Medina-Mora, 1996).

Martha Romero Mendoza, Cecilia Gómez y María Elena Medina-Mora (1996) ahondan más en los factores que configuran la especificidad de la adicción en las mujeres, y que influyen en su visión del mundo y en el proceso de adicción, como lo son la maternidad, la conyugalidad y la filialidad. Además, hacen un desglose de los factores socioculturales que definen la situación de vida de las mujeres adictas, consistentes en nivel socioeconómico, el acceso a bienes y servicios, su etnia, su religión, su afiliación política, el grupo de edad, sus relaciones interpersonales etcétera. (Romero Mendoza et al., 1996, p.8). Por consiguiente, aunque esté como común denominador el género y la adicción, “no es lo mismo ser niña que adolescente, embarazada, casada, adulta o lesbiana” (Castillo & Gutiérrez, 2008, p.353).

Cada una tiene condiciones que permean el consumo y que pueden protegerlas o bien, ser un impedimento para acceder a un tratamiento. Aunque la información epidemiológica es imprescindible para la comprensión del panorama general del consumo, es en las divergencias y especificidades desde donde se pueden hacer propuestas para el tratamiento efectivo de las mujeres con adicciones.

Autores como Jorge Galván y Rodrigo Marín-Navarrete (2011, p.162) aceptan que si bien no hay un perfil unívoco en la adicción de la mujer, sí se puede hablar de ciertas características recurrentes en aquellas que demandan tratamiento. De lo observado, resalta la edad joven de las mujeres, su tenencia de hijos, que cuentan con menos recursos en lo que se refiere a educación, empleo e ingresos, que conviven con una pareja que también es consumidora y que tienen mayor probabilidad de haber experimentado traumas y de sufrir problemas psiquiátricos. Estas características son de igual manera expuestas por Jessica Teixeira Santos, Ludmila Perruci, Natália Priolli, Zeyne Pires, Jacqueline de Souza, Manoel dos Santos y Sandra Pillon (2019) y Pilar Ortíz y Esther Clavero (2014), quienes las conciben como factores de riesgo a la conducta adictiva.

De las características mencionadas, una a la que se le ha puesto principal atención es a la variable demográfica de la edad. Según Leticia Ramírez y Margarita Luís (2008), el consumo del alcohol en mujeres es una problemática cada día mayor, “debido al aumento en los patrones de consumo, y la edad a la que ellas inician su adicción a las bebidas embriagantes, la que actualmente fluctúa entre los 10 y 12 años” (p.694). Además, exponen que en México el abuso de alcohol ocupa el tercer lugar como causa de muerte en mujeres entre 35 y 45 años. Esto a su vez se complementa con lo expuesto por María Magdalena Alonso, Javier Álvarez, Karla López, Lucio Rodríguez, María Teresa de Jesús Alonso y Nora Armendáriz (2011), quienes indican que el consumo de alcohol decrece a partir de los 50 años, probablemente por las condiciones de salud, así como por cambios bioquímicos y fisiológicos que experimenta el consumidor.

Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) explican cómo el aumento en la prevalencia de consumo de sustancias en mujeres jóvenes está ligado a cambios del contexto sociocultural, ya que además de tener nuevas oportunidades para su desarrollo más allá de lo doméstico, en la actualidad (2024) cuentan con una mayor facilidad de acceso y disponibilidad a las sustancias, así como una disminución en la percepción de riesgo. Al respecto, María Del Carmen Míguez y Beatriz Permy (2017), basándose en datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), exponen que el aumento del consumo de alcohol entre mujeres jóvenes ha sido consecuencia de la superación de los roles de género; tal como podría ser el estudiar una carrera universitaria, o su inserción al mundo de la productividad.

En torno a los factores de riesgo y motivaciones, así como las explicaciones de origen en el consumo en el caso de las mujeres adictas, Miller (1997, citado en Llopis, Castillo, Rebolledo & Stocco, 2005) señala que se ha encontrado una mayor probabilidad de que sucesos estresantes estén relacionados de forma directa con el inicio en el consumo de drogas entre las mujeres, en comparación con los hombres adictos.

Para Maffia et al. (2011), psíquicamente son distintas las motivaciones y disparadores del consumo, así como la percepción de riesgo de cada sustancia y el estado de vulnerabilidad frente a ellas, mientras que Eva Rodríguez, Rafael Gutiérrez y (2003) mencionan que los principales aspectos que influyen en las mujeres son los problemas a los que se enfrentan, de manera cotidiana, lo que les genera estrés, así como la explotación en general a la que

se ven sometidas. Su vulnerabilidad social se basa en situaciones de violencia de género, rechazo social e indiferencia institucional.

De acuerdo con el estudio sobre los factores de riesgo personales, psicosociales y el consumo de alcohol en mujeres adultas de Alonso et al. (2011), el estrés derivado de la incorporación al mercado laboral y el mantenimiento de los mandatos de género tradicionales, las expectativas sociales que se tiene del consumo femenino y la utilización del alcohol como mecanismo de afrontamiento aparecen como factores involucrados en el aumento en la prevalencia de consumo de alcohol en este sector poblacional.

Para Alonso et al. (2011), las mujeres adictas experimentan un estigma social más fuerte y destructivo que los hombres, lo cual les genera aún más estrés, así como estados emocionales afectivos negativos y baja autoestima. En este sentido, se menciona que “la mujer busca diversos mecanismos de regulación del estrés de la vida utilizando mecanismos de afrontamiento mal adaptativos, como el consumo de alcohol” (Alonso, Álvarez, López, Rodríguez, Alonso & Armendáriz, 2011, p.112).

Patricia Cravioto, Blanca de la Rosa y T. García-de la Torre (1998) señalan cómo con el propósito de disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés en las mujeres —provocados por la situación económica, la problemática familiar o laboral que viven de forma cotidiana— se ha optado con frecuencia por recetarles tranquilizantes o sedantes; el riesgo de esto es que en muchas ocasiones estas mujeres continúan usándolos sin supervisión médica o por más tiempo del indicado sin percatarse de las consecuencias que ello implica.

Para Alonso et al. (2011), un aspecto importante que ha sido documentado en el caso de las mujeres trabajadoras o que viven en condiciones especiales es la búsqueda de efectos placenteros o reductores del estrés, así como de la tristeza, la soledad y los estados depresivos, mediante el consumo de alcohol, mismo que es utilizado como un favorecedor de la socialización, sobre todo, en los grupos de trabajo donde las mujeres que se han incorporado buscan con esta conducta una mayor aceptación y liberación.

Por su parte, para Nan Van den Bergh (1991), Elizabeth Ettore (1996) y Romero Mendoza et al. (1996), las experiencias de las mujeres de estrés personal y subordinación social no son los únicos factores que deben de resaltarse en relación a la mujer y la adicción, pues el racismo, la clase social, los privilegios de ser joven, el heterosexismo y cualquier otro sistema de inequidad que erosione el poder de la mujer, su coraje, su integridad y su autoestima sirven para contribuir a sus problemas de adicciones, a perpetuarlos y a intensificar sus efectos dolorosos.

El papel de las relaciones y la codependencia en las mujeres juega un rol importante para el desarrollo de una adicción; como Ginette Degrott y Markus Gottsbacher (2003) establecen: “la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo de desconexión —en especial respecto del varón pareja— son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima, y son factores de riesgo para el uso de sustancias”.

Agurtzane Castillo, Juan Llopis, Montse Rebolida, Cesáreo Fernández y Teresa Orengo (2003) coinciden en que la pareja masculina adicta va a fungir como motivación al consumo, como efecto directo de ese consumo y también como un factor de recaída. Se ha señalado cómo la codependencia es un factor común en la vida de las mujeres adictas de una pareja masculina previa que actúa como motivación y también como facilitador del consumo inicial.

Por otro lado, Degrott y Gottsbacher (2003) sostienen que la mujer adicta, al igual que el hombre adicto, ha aprendido a desviar y a confluir su relación con el otro hacia una relación con la sustancia, construyendo una relación, al inicio, mucho más confiable y segura.



Al respecto se afirma que “entre otros motivos, la mujer adicta puede empezar a drogarse para llenar el vacío existencial que siente, o para disminuir la rigidez de los estilos de vida impuestos socialmente, pues —como dice Fritz Perls, el superyó es soluble en alcohol, y por supuesto también en otras drogas” (Degrott & Gottsbacher, 2003, p.4).

No es posible el abordaje de los factores de riesgo o motivación sin que se mencione el tema del maltrato y la violencia de género, pues como lo señalan Juan Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paolo Stocco (2005) las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de sufrir problemas como depresión, trastorno de estrés postraumático y al final, adicción. En consonancia, Mercedes Palop Botella (2000) establece que los abusos sexuales son un factor que puede favorecer la adicción a sustancias por dos motivos principales: por la identificación con grupos marginales a partir del estigma que se vive, o bien, como un mecanismo de enfrentamiento a ese suceso traumático. Por lo tanto, la violencia en sus diferentes formas, aparece como un factor de riesgo para que las sujetas desarrollen una adicción.

En términos de factores de protección, Palop (2000) menciona que algunos rasgos de la identidad de género han podido jugar un papel importante. Un ejemplo de ello es la consideración del riesgo como un valor tradicionalmente masculino, lo que ha orillado a muchas mujeres hacia dependencias más aceptables socialmente, como el consumo de benzodiazepinas. Para Reyna Gutiérrez, Jazmín Mora, Claudia Unikel, Jorge Villatoro y María Elena Medina-Mora (2001), el hecho de que las mujeres perciban el consumo de sustancias —excluyendo el alcohol y el tabaco— como algo peligroso, puede protegerlas de experimentarlas y usarlas de manera regular.

Francisco José del Pozo (2015) coincide en que algunos de los factores de riesgo o protección en el consumo en las mujeres adictas se relacionan con tres aspectos: el sexo biológico y las consecuencias orgánicas o biológicas diferentes que acarrea el consumo; la maternidad y la posibilidad real o futura de ser madres, y finalmente, las expectativas diferenciadas de género respecto a la conducta, los papeles socialmente asignados y el rol que de forma tradicional ha sido ocupado por la mujer, y por ende, las sanciones sociales derivadas de determinados comportamientos o actitudes que transgreden este rol de género.

Ante el aumento en la prevalencia del consumo de las mujeres, las y los diversos autores han explicado aquellos factores que las incitan o motivan al consumo, o bien, las mantienen alejadas de este. Resalta el tema del género como factor de riesgo y factor protector ante el abuso de sustancias. Por un lado, se ha expuesto cómo las mujeres, al ceñirse a su rol y expectativas de género, evitan el consumo de sustancias. Aunque también se ha señalado cómo el seguir con el rol de género en una sociedad patriarcal que actúa en detrimento de las mujeres, que las subordina y que se conjuga con otros factores de opresión, las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad ante el consumo.

## LA ADICCIÓN EN LAS MUJERES DESDE LO BIOPSIOSOCIAL

La adicción en las mujeres es una realidad compleja que ha de ser comprendida desde la diversidad, pero donde también existen elementos comunes que permean la experiencia adictiva. En este apartado se busca dar cuenta de los factores diferenciales en el abuso de sustancias de las mujeres, desde un enfoque biopsicosocial. Ahora bien, es importante recalcar que los estudios que serán mencionados a continuación parten desde una perspectiva binaria tanto de sexo como de género, por lo que los resultados podrían no ser representativos de la vivencia de todas las identidades de género.

La primera particularidad del consumo en las mujeres parte de su condición biológica. En la bibliografía consultada se considera a la anatomía de la mujer como un factor de riesgo que la vulnera ante el consumo de sustancias (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Del Pozo, 2015, p.184; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.13). Su vulnerabilidad biológica es ejemplificada desde las diferencias entre hombres y mujeres en la capacidad de absorción y procesamiento químico de sustancias, después de controlar variables como peso y talla.

Por ejemplo, en el caso del alcohol se ha visto que a pesar de que la mujer consuma lo mismo en cantidad que un hombre, en ella la concentración sanguínea de la sustancia es mayor, puesto que su composición corporal tiene un menor porcentaje de agua, y, por ende, el etanol se diluye en menor volumen de líquido (Barreda, Díaz-Salazar, de la Cuesta, López, Rodríguez, Sánchez & Zulaica, 2005b, p.18; Del Carmen & Permuy, 2017, p.16; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.193). Asimismo, además de absorber la sustancia con mayor rapidez, tiene una menor capacidad para metabolizarla, ya que su organismo produce menos enzima alcohol deshidrogenasa (Barreda et al., 2005b, p.18; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003, p.237). Encima, se ha encontrado que hay una mayor concentración de alcohol con la misma cantidad de consumo en la fase premenstrual (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003).

Maffia et al. (2011) mencionan que el cuerpo de la mujer tiene una diferente proporción de grasa y agua, además de distinciones químicas, hormonales y de metabolismo que inciden en los índices de absorción y el efecto de las sustancias, no solo del alcohol sino también de drogas como la marihuana y algunas benzodiazepinas. Las y los autores ejemplifican diciendo que las mujeres requieren de una menor dosis de tranquilizantes que los hombres para obtener los mismos efectos terapéuticos y experimentan hasta el doble de efectos secundarios.

Otra distinción que se ha hecho del consumo es que a pesar de que el número de hombres adictos sea mayor, “las mujeres adictas sufren los efectos indeseables de las drogas en un 50-100% más que los hombres” (Allen, 1994, citados en Pérez & Correa, 2011, p.213). Aunado a esto, es importante considerar lo que se ha llamado el “curso telescópico”, que se refiere al rápido desarrollo que tiene la adicción en las mujeres (Ávila, 1996, citado en Pérez & Correa, 2011). Rodrigo Marín-Navarrete, Ana de la Fuente, Gisel Cano, Luis Villalobos, Linda Bucay, Lorena Larios y Ana Ambriz (2015), en su revisión bibliográfica, atribuyeron a la predisposición biológica de la mujer el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias con menos años de consumo que los hombres (Marín-Navarrete, de la Fuente, Cano, Villalobos, Bucay, Larios & Ambriz, 2015; Piazza et al., 1989; Johnson et al., 2005).

En lo que se refiere a las consecuencias del consumo, en la literatura se observa cómo las mujeres sufren mayor riesgo para desarrollar daños hepáticos, cerebrales y cardíacos (Del Carmen & Permuy, 2017; Cravioto, De la Rosa & García-de la Torre, 1998). Cravioto et al. (1998) adjudican a las diferencias bioquímicas “del género” la mayor susceptibilidad a padecer cáncer de laringe, faringe, esófago e hígado, así como cirrosis hepática. Acerca de este último padecimiento, María Elena Medina-Mora y Estela Rojas Guiot (2003) agregan que su desarrollo surge a edades más tempranas que los hombres, a pesar de haber tenido un menor consumo.

Del Carmen y Permuy (2017), de acuerdo con su revisión bibliográfica, exponen que en comparación con los hombres, las mujeres con adicción al alcohol presentan tasas de mortalidad de entre 50 y 100%, debido a causas como enfermedades cardíacas, derrame cerebral, cirrosis hepática, accidentes y suicidios. Además, mencionan que aunque el riesgo de sufrir algún tipo de lesión relacionada a accidentes de tráfico o incidentes de violencia es similar

en ambos géneros tras consumir tres unidades de bebida, superado ese umbral, el riesgo aumenta con mayor rapidez en las mujeres. Del mismo modo, Maffia et al. (2011) refieren que las mujeres muestran una mayor tendencia que los hombres a mezclar las sustancias como psicofármacos y tranquilizantes con el alcohol, lo cual incrementa el riesgo de accidentes e intoxicaciones.

También se ha observado la incidencia del consumo en patologías como la osteoporosis, la infertilidad y el cáncer de mama (Del Carmen & Permy, 2017, p.16; Marín-Navarrete et al., 2015), en alteraciones del ciclo menstrual y / o en la respuesta sexual (Leal, Molina, Peralta & Sáez, 2020, p.26) y en el caso del consumo de tranquilizantes, disminución del deseo sexual (Maffia et al., 2011). Mireira Jané Checa (2004) añade que en específico, el consumo del tabaco afecta principalmente a las áreas ginecológicas y reproductivas.

En lo que concierne a la edad, Barreda et al. (2005b) mencionan que de forma independiente al sexo, las consecuencias del consumo, tanto inmediatas como tardías, son peores cuando el inicio de este se da a temprana edad. Sin embargo, mencionan que los datos de varios estudios apuntan a que sí hay una mayor afectación en el organismo adolescente de las mujeres.

En el ámbito de la salud mental, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) afirman que la comorbilidad entre el consumo y otros trastornos mentales representa una problemática de salud pública. En el caso de las mujeres, se ha visto una mayor proclividad que la de los varones a presentar trastornos de comorbilidad psiquiátrica como la depresión, la ansiedad (González, 2015; Dawson & Archer, 1992 citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Llinares, Santos, Albiach, Camacho & Palau, 2006), trastornos de estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Según la revisión bibliográfica de Texeira Santos et al. (2019), se ha visto que el consumo potencializa problemas de salud mental y viceversa, como la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y el trastorno antisocial de la personalidad. De la misma forma, en la investigación realizada por Marín-Navarrete et al. (2015), donde se entrevistaron a 100 mujeres alcohólicas, se observó que los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia fueron los de afecto y los trastornos de la personalidad, aspecto que según las y los autores concordó con los datos presentados en otros estudios. Al respecto, Medina-Mora y Rojas Guiot (2003) exponen que las mujeres alcohólicas presentan más problemas psiquiátricos y emocionales, y mencionan que con frecuencia las mujeres tienen una depresión previa, además de que por lo común, el consumo está ligado con un evento traumático.

Cabe mencionar que sería simplista adjudicar los problemas de salud que viven las mujeres con adicciones solo a sus particularidades biológicas. Barreda et al. (2005b) exponen que las investigaciones acerca de las consecuencias orgánicas del consumo de la mujer sugieren mayor vulnerabilidad femenina, sin embargo, las consecuencias del consumo no dependen solo de los efectos de la droga *per se* sino: “del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social” (p.18).

Por ejemplo, varios autores explican la comorbilidad del consumo con trastornos psiquiátricos desde la vulnerabilidad psicosocial que vive la mujer (Cravioto et al., 1998; González, 2015; Llinares et al., 2006; Teixeira Santos, Perruci, Priolli, Pires, de Souza, dos Santo & Pillon, 2019). Así pues, en el caso de la depresión se ha visto cómo factores de vulnerabilidad social, precariedad laboral y escasez de apoyo podrían ser elementos fundamentales en la explicación de la etiología del consumo de sustancias o de su mantenimiento (González, 2015; Llinares et al., 2006).



Cravioto et al. (1998) comprenden, desde el aspecto psicosocial, que la mujer alcohólica “se ve expuesta a un desequilibrio emocional que le ocasiona depresión, angustia, miedo, ansiedad, baja autoestima, accidentes y violencia por la falta de control de sus impulsos agresivos” (p.258). Además, las autoras exponen que el consumo de psicofármacos en las mujeres ha de ser abordado como un problema de salud pública, puesto que con frecuencia los tranquilizantes y sedantes les son recetados para disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés provocados por problemas económicos, familiares o laborales; sin embargo, pueden caer en el abuso de psicofármacos o en extender el tratamiento sin supervisión médica, a pesar de las consecuencias que ello implica.

Sobre esta misma línea, Fernando da Silva y Claudete Ferreira (2020) concluyeron que el consumo de sustancias como el tabaco, los tranquilizantes y cannabis se asociaban al “distrés mental”, término utilizado cuando la persona presenta síntomas físicos de tristeza o ansiosos que interfieren en sus actividades cotidianas, pero que no necesariamente cumplen los criterios para entrar en un diagnóstico de trastorno mental.

No obstante, el distrés mental es trivializado cuando los individuos, en especial las mujeres, refieren prácticas marginalizadas, como el consumo de alcohol u otras drogas. Se les criminaliza cuando en realidad, el consumo es comórbido a otros problemas ligados a altos niveles de vulnerabilidad psicosocial, así como al bajo nivel socioeconómico y educativo (Teixera Santos et al., 2019; Silva & Ferreira, 2020). En el estudio de Silva y Ferreira (2020) se observó cómo las mujeres alcohólicas que vivían en tal vulnerabilidad psicosocial presentaron consecuencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, como ataques de pánico y episodios de heteroagresividad, síntomas de abstinencia, como insomnio y agresividad, y síntomas depresivos, como soledad, ideación e intento suicida.

Resulta imprescindible comprender el tema de la mujer y las adicciones desde lo psicosocial; es en este ámbito en donde entra el género como un concepto clave para la comprensión de las condiciones y vulnerabilidad de las mujeres. Antes de ser adicta, la mujer fue socializada de acuerdo con las expectativas y roles sociales que por sus genitales le asignaron dentro de una cultura heteropatriarcal. En palabras de Josefa Gómez, Enrique Clari y Ana Saiz (2006): “El hecho de ser mujer condiciona y conforma expresiones de los consumos de drogas y de la problemática que acompaña a estos”. Si bien la adicción no tiene género en sí misma, este sí es un factor que influye en cómo se enfrenta en la vivencia de la adicción, y en su consecuente juicio social y terapéutico (Galaviz, 2015). A continuación, se explora cómo la mujer adicta padece el consumo desde la cultura, la transgresión de sus exigencias genéricas y el estigma social e internalizado.

Dentro de la cultura mexicana, el valor de la mujer está ligado de forma directa a la familia. Así, la mujer es considerada como el elemento crucial para la unión familiar, y desde el ejercicio de su maternidad satisface lo que parece ser su propósito existencial (Marín-Navarrete, Templos & Larios, 2011, p.137). Eulalio López y Manuel Pérez (2006) afirman que la preparación de las niñas está destinada al cumplimiento de roles como ama de casa, madre de familia y esposa. Desempeñarse de manera exitosa en ellos significa cumplir socialmente con lo esperado, y, por ende, ser una buena mujer.

Varios autores han expuesto que el problema del consumo en la mujer radica en la falta de cumplimiento satisfactorio de sus expectativas y roles de género asignados (Bishop, 1994, p.3; Gómez, Valderrama-Zurián, Girva, Tortajada & Guillot, 2008; Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, pp. 193-194). Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) mencionan que el consumo limita el pleno ejercicio de los mandatos culturales

como mujer. Asimismo, según Alison Bishop (1994), aunque en la mujer se acepten cierto tipo de dependencias, como a un hombre, al café, al tabaco o al azúcar, la dependencia a cualquier sustancia es mal vista cuando esta interfiere con sus roles de ama de casa, madre y trabajadora. La autora concibe que en realidad, el hombre teme el abuso de sustancias de la mujer, puesto que la mujer adicta: “evoca imágenes terribles de lo que es capaz de decir o hacer, liberada por el alcohol de su predecible manera de ser, de sus roles restringidos de esposa y madre” (p.3). Al respecto, Romero Mendoza et al. (1996) añaden que la mujer adicta representa una especial amenaza al rol femenino tradicional.

El consumo de alcohol en las mujeres es socialmente aceptado mientras cumpla con sus exigencias genéricas: que el consumo no sea en público, que controle no demostrar los efectos del alcohol, y en “algunos contextos sociales bien definidos”, también que controle el consumo de sus parejas (Romero Mendoza et al., 1996). En caso de no lograrlo o padecer de alguna toxicomanía, en el ámbito privado es vista como mala madre y esposa irresponsable; mientras que en el público, se considera que está fuera de control, pérdida y no es digna de confianza (Romero Mendoza et al., 1996; Gómez et al., 2008, p.1; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Se ha construido una imagen de “mala madre” en torno a las mujeres que consumen drogas, debido a estudios que si bien han concientizado acerca de los efectos de las sustancias psicoactivas y sus consecuencias durante el embarazo, daños graves al feto, así como el descuido y maltrato hacia los hijos (Romo, 2006, citado en Carrillo, 2012), también las han criminalizado y fomentado su estigmatización. Según Romo (2005), “el discurso público acerca del uso de ‘drogas’ se conforma en base a juicios condenatorios y estigmatizantes sobre el comportamiento de las mujeres” (p.72).

En el imaginario colectivo, la mujer adicta suele ser asociada con la prostitución, la desnaturalización de la maternidad, la agresividad y el vicio desmedido (Ortíz & Clavero, 2014); es decir, con la promiscuidad, la inmoralidad y la incapacidad de cuidar de la familia (Silva & Ferreira, 2020; Romero Mendoza et al., 1996). Condiciones impensables dentro de la feminidad, “desgracia” que ha sido descrita como: “la desviación de las desviaciones”, según lo recuperado en la revisión bibliográfica de Romero Mendoza et al. (1996). En resumen, se puede afirmar que la percepción social que se tiene de la mujer adicta es más negativa que la se tiene del hombre adicto (Ramírez & Luís, 2008, p.694).

El estigma de la mujer adicta es comprendido desde dos vertientes: como un rechazo social que surge de la percepción de que la mujer adicta ha fracasado como mujer y perdido toda respetabilidad en casi todas las áreas de su vida (Alonso et al., 2011; Gómez et al., 2008; Romero Mendoza et al., 1996). O bien, desde una doble estigmatización: por ser mujer y por consumir sustancias (Castillo & Gutiérrez, 2008; Gómez, Clari & Saiz, 2006).

Luciana Ramos (2001) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) han denunciado el sometimiento de la mujer a un estándar de doble moral social en el que se les rechaza por el mismo tipo de conductas que en los hombres son toleradas, como el consumo de sustancias. En palabras de Medina-Mora y Rojas Guiot (2003): “las normas de consumo son diferentes para los hombres y para las mujeres”, ya que existe una aceptación social tácita de que el consumo de drogas es una conducta masculina, y por lo tanto, la sociedad es más indulgente en el consumo de los hombres (Castillo & Gutiérrez, 2008.; Gómez, et al., 2006; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003).

Gómez et al. (2006) ilustran tales aseveraciones desde la percepción social que se tiene de la mujer cocainómana: “El estereotipo que domina es el de una mujer de clase social baja,

con una vida totalmente desestructurada tanto a nivel físico, como familiar y social. Esta imagen tan devaluada se corresponde con un rígido juicio moral que la coloca a un nivel muy inferior al que se les concede a los hombres adictos a la cocaína” (p.154). Según las autoras, en ellos, el consumo se ve como una enfermedad digna de lástima, en ellas, como vicio, irresponsabilidad, inadecuación y desviación.

A la mujer adicta no se le sanciona solo por sus conductas sino por la transgresión a la normatividad de género que sus conductas implican. Si bien, el adicto también es un rechazado social, la mujer que consume tiende a recibir un rechazo más contundente y destructivo que el de los hombres (Alonso et al., 2011; Gómez et al., 2006; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Del Pozo, 2015). Esto tiene como consecuencias más estrés, estados afectivos negativos y baja autoestima (Alonso et al., 2011).

En suma, las mujeres que viven una adicción enfrentan una serie de dificultades particulares al sistema sexo-género. Aunque el consumo sea en menor proporción, “presentan un índice de problemas desproporcionadamente mayor a su nivel de consumo” (Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003, p.230). Según los estudios que resaltan la diferencia biológica, viven una mayor y más rápida destrucción en su salud, reflejada en patologías físicas. Según la lectura desde el género, las mujeres adictas experimentan el estigma y el rechazo de la transgresión del consumo. Y es así como la mayoría de las y los autores llegan a la conclusión de que la mujer adicta se caracteriza por su vulnerabilidad.

## LAS BARRERAS EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO

A pesar de las consecuencias tanto físicas como psicosociales del consumo en las mujeres, su asistencia a programas de tratamiento es baja. Según los datos proporcionados por la Encodat (2017) (Conadic, 2017), 50.5% de los hombres drogodependientes han acudido a profesionales de la psicología para tratamiento, y 40.9% reportó haber asistido a grupos de autoayuda; situación que se da similar en hombres dependientes al alcohol, ya que 20.9% acudió con un psicólogo, y 23.1% asiste a un grupo. Las mujeres, por su parte, muestran porcentajes menores a los de los hombres; en la dependencia al alcohol, 13.2% acudió a ayuda psicológica, y 7.1%, a grupos de autoayuda; mientras que las mujeres drogodependientes asistieron en 29.1% y 3%, respectivamente.

Asimismo, es más probable que la mujer pida ayuda por problemas comórbidos, como trastornos mentales, que por su adicción a sustancias (Del Carmen & Permy, 2017); o bien, “por problemáticas concretas como: multas por consumo en la calle, crisis de ansiedad, estados depresivos o episodios de tipo psicótico asociado al consumo de sustancias” (Barreda et al., 2005c, p.39).

En este apartado se abordarán los factores que están detrás de la baja demanda asistencial en las mujeres. Para ello, se retoma el concepto de “barrera para el tratamiento”, comprendida como “los fenómenos subjetivos, que pueden ser creencias o percepciones de la persona y / o fenómenos externos, como el sistema de salud, características de los programas o factores socioculturales y ambientales y / o cualquier aspecto que obstruya o restrinja la vía para recibir atención sobre un problema particular” (Romero et al., 2009, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Es decir, los condicionantes personales, sociales y culturales por los que las mujeres asisten en menor medida a instituciones y / o profesionales que puedan brindarle ayuda.

Dentro del ámbito personal, se concibe el estigma internalizado como una de las barreras “internas” o “personales” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) atribuidas a la propia mujer. Este estigma se ve reflejado en sentimientos de vergüenza, así como en el ocultamiento y negación de la enfermedad.

Bishop (1994) menciona que la mujer cuida su imagen ante la sociedad al tener actitudes y conductas que disfracen su adicción, por lo que en las primeras fases de la enfermedad se esforzará por mantener una imagen impoluta ante los demás, perfecta tanto en el ámbito doméstico como laboral. Sobre esto, Etorre (1998, citado en Barreda et al., 2005b) utiliza el término de “alcohólicas clandestinas” para referirse a las amas de casa con hijos, que han abordado la crianza desde el ocultamiento y la vergüenza de su consumo. El estigma internalizado implica que no solo han fracasado como mujeres ante la sociedad sino que lo han hecho ante ellas mismas.

Autores como Lidia Márquez y Andrés Lorenzo (2006) han hipotetizado que el no poder cumplir con las tareas de cuidado es algo que produce sentimientos de culpa y que reduce la autoestima en la mujer. Por su parte, Ortíz y Clavero (2014) interpretan que los sentimientos de culpa y vergüenza son experimentados por las mujeres al considerar el consumo como una conducta “impropia” de su sexo. Mientras que Josefa Gómez, Juan Valderrama-Zurián, Tamara Girva, Silvia Tortajada y Jorge Guillot (2008) comprenden la vergüenza y la culpa como resultado de las conductas que surgen al consumir o por los trabajos realizados para poder comprar la sustancia a la cual es dependiente.

También se ha visto cómo la identidad de género representa, por sí misma, una barrera tanto personal como social para el tratamiento, puesto que en la mujer recae la expectativa colectiva de su dependencia y poca autoeficacia. En palabras de Llopis et al. (2005): “los estereotipos sociales en el caso de las adictas se multiplican de forma que la credibilidad, la eficacia y las expectativas de éxito son prácticamente nulas, tanto a nivel de los familiares, la propia adicta, e incluso entre profesionales” (p.152).

La vergüenza, la culpa y la baja autoestima, ligadas al fracaso de los roles y estereotipos adjudicados a su género también están relacionadas con el temor al rechazo social y daño a la imagen propia. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) afirman que las condiciones sociales estigmatizantes “motivan que las mujeres experimenten más problemas y con frecuencia oculten su consumo, lo que dificulta una detección e intervención tempranas” (p.13). Entonces bien, aunque la normatividad de género “protege” a las mujeres de un posible consumo, su transgresión implica una amenaza de sanción social evitada a toda costa. Es así, como las mujeres pueden no reconocer el abuso de sustancias como un problema de salud mental (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), a pesar de las consecuencias adversas experimentadas a raíz de su consumo (Carrillo, 2012).

Es importante resaltar que las mujeres viven algo que se da en los procesos adictivos de manera independiente al género: la negación. Según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), con frecuencia las personas que abusan de sustancias “subestiman la cantidad, la duración del problema, o el impacto que las sustancias han tenido en la vida personal o en la salud. Por otro lado, se sobrevalora la habilidad de controlar el consumo o de abandonarlo a voluntad” (p.254). En la población femenina se ha hipotetizado que la negación eclipsa al reconocimiento de la adicción, en gran parte, debido al intento de mantener la aceptación de sus vínculos afectivos, tanto del entorno familiar como social (Márquez & Lorenzo, 2006); lo que a su vez determina el que las mujeres no busquen apoyo.

Martha Romero, Gabriela Saldívar, Lilian Loyola, Eva Rodríguez y Jorge Galván (2010), Gómez et al. (2006) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) coinciden en que existe un temor a no ser aceptadas por la pareja y amigos, por perder a los hijos, y por no contar con apoyo familiar. Romero et al. (2010) teorizan que lo mencionado obedece “al mandato de género de las mujeres de “vivir para los otros” [comillas del autor], a fin de poseer pertenencia e identidad, aun a costa de su bienestar”.

La falta de apoyo no se queda en “el miedo” de la mujer sino que es algo que trasciende la creencia y constituye barreras del tipo interpersonal, reflejadas en el poco apoyo por parte de la familia y pareja (Gómez, et al., 2008; Ortíz & Clavero, 2014; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), y comprendidas como consecuencia de barreras de tipo estructural, social y cultural (Gómez et al., 2006; Chait & Begoña Zulaica, 2005). Mencionan que la mujer adicta se caracteriza por la ausencia de relaciones sociales, ya que por su consumo, deja de frecuentar a amigos no consumidores. Además, si vive en una situación de maltrato “se produce el aislamiento de las amistades que ‘molestan’ [comillas de las autoras] a las parejas, provocando una mayor dependencia hacia estas y el aislamiento social” (pp. 107-108). Esto tiene como consecuencia que la mujer se encuentre en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que como afirman Teixeira Santos et al. (2019), las redes de apoyo tienen un rol fundamental en la búsqueda para tratamiento.

De manera análoga, en el tema de la maternidad se observa una conjunción de barreras interpersonales y estructurales, así como de motivadores para el tratamiento. Castillo et al. (2003) afirman que durante el embarazo, las mujeres decrecen su consumo o inician un tratamiento. Palop (2000) por su parte, analiza cómo en la maternidad las mujeres drogodependientes satisfacen sus necesidades más profundas, como la valoración social y necesidad de identidad; así, los hijos constituyen una motivación y responsabilidad para la madre. No obstante, Palop reconoce que la responsabilidad de las madres se desborda en el proceso terapéutico, ya que cuentan con poco apoyo de recursos disponibles y es complicado encontrar centros especializados en su problemática.

En este sentido, Barreda et al. (2005b) coinciden con Palop (2000) al expresar que aparte de la barrera por temor a la pérdida de la tutela, los hijos representan una dificultad para entrar a tratamiento debido a la falta de recursos adaptados. Las autoras profundizan explicando que en el caso de plantearse un tratamiento que conlleve el internarse en un centro de salud, la falta de apoyo y / o la separación física pueden significar dificultades irreversibles para las mujeres; ahora bien, en el caso de que se busque tratamiento ambulatorio, la mujer de todas formas vivirá el desafío de combinar el trabajo reproductivo con el tratamiento.

Esta situación se complejiza aún más al tomar en cuenta a las mujeres que trabajan, además de ser madres y desempeñarse en el ámbito reproductivo. En esos casos, se hace frente a las complicaciones de la doble jornada laboral, consistentes en encontrar un equilibrio entre las tareas de cuidado y su labor productiva (Cravioto et al., 1998; González, 2015). Según el estudio realizado en estudiantes universitarias consumidoras de tabaco (González, 2015), se encontró que la carga del trabajo doméstico, el cuidado de los hijos y / o las actividades productivas son elementos que aumentan su sensación de estrés, ansiedad y consumo de tabaco. Cravioto et al. (1998) mencionan que el uso de drogas puede ser provocado por la necesidad “de cumplir la doble tarea de seguir siendo parte fundamental en la integración de la familia [...] y además enfrentar situaciones de liderazgo, toma de decisiones, responsabilidades y demás problemas que antes solo eran del dominio del sexo masculino”.



La dificultad para desempeñar actividades productivas y reproductivas se considera como un problema de tipo estructural, enraizado en la desigualdad de género y reflejado en factores como horarios rígidos y de retribución (Chait & Zulaica, 2005; Gómez, et al., 2008). Chait y Zulaica (2005), en su revisión bibliográfica, encontraron que independientemente de la sustancia abusada, la mayor parte de las mujeres han vivido una historia laboral que se caracteriza por mayor inestabilidad, precariedad laboral, y peor formación con respecto a los hombres; aspecto que coincide los datos reportados por Ortíz y Clavero (2014) y Rodríguez et al. (2003). Del mismo modo, las mujeres suelen tener menores niveles de ingreso que los hombres, o bien, pueden depender del sustento económico de sus parejas (Belló et al., 2008, citados en Galván & Marín-Navarrete, 2011, p.164; Castillo, Llopis, Rebollida, Fernández & Orengo, 2003).

Finalmente, están las barreras estructurales y de programa. Según Castillo y Gutiérrez (2008), cuando una mujer pasa la barrera social que la protege del consumo, tiende a desarrollar un consumo de mayor gravedad al de los hombres, se ve expuesta a sufrir un mayor número de consecuencias adversas y cuenta con más dificultades para lograr su rehabilitación. Barreda et al. (2005a) retoman a Walters (1998) afirmando que “las mujeres se encuentran con más limitaciones derivadas del impacto diferencial de la transgresión”, en el acceso a los recursos que le permitan su recuperación.

Así pues, se ha denunciado una inadecuación de los tratamientos a las necesidades de las mujeres, puesto que han sido diseñados principalmente para las circunstancias de la población masculina (Meneses, 2002, citado en Gómez et al., 2006; Márquez & Lorenzo, 2006; Najavits et al., 2007; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Tanto la clínica como la producción académica se han centrado en su investigación en sujetos varones y en sus necesidades, obviando las particularidades de las mujeres (Barreda et al., 2005a; Maffia et al., 2011), o bien, se han considerado como meras desviaciones de los resultados en estudios hechos de manera exclusiva en hombres (Rekalde & Vilches, 2003, citados en Pérez & Correa, 2011). Al ocultamiento de la situación y necesidades de este sector poblacional, se le ha llamado, según Maffia et al. (2011), “invisibilización de las mujeres”.

Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) indican que el consumo en mujeres había sido un fenómeno con menor prevalencia que en los hombres, por lo que las prácticas de intervención homogeneizaban el tratamiento, “como si unos y otras tuvieran los mismos problemas” (p.83). Gómez et al. (2006) recuperan a Meneses (2002), quien afirma que el diseño de los programas preferentemente para varones es un punto clave para la comprensión de la baja demanda asistencial, puesto que ellas “presentan situaciones diferentes que requieren cierta especificidad en el tratamiento de las drogodependencias” (p.157).

Márquez y Lorenzo (2006) abordan esta misma cuestión denunciando una evidente masculinización en el diseño y aplicación de los programas de tratamiento. Teixeira Santos et al. (2019) añaden que la falta de representación de la mujer en los estudios científicos, así como la ignorancia de las diferencias de género en cómo se vive la adicción, han retrasado el desarrollo de programas específicos y eficaces para las mujeres, coincidiendo así con Maffia et al. (2011), quienes argumentan que la ausencia del enfoque de género ha entorpecido “el desarrollo de una asistencia diferencial al decantarse por una investigación científica y una clínica estereotipada, donde la mayoría de los sujetos estudiados son hombres y, por tanto la *norma*” (cursivas de las autoras).

Ortíz y Clavero (2014) puntualizan que la focalización en el problema de adicción masculino por parte de la investigación y los programas de tratamiento no niega la realidad del

abuso de sustancias en mujeres sino que “simplemente, como en otros ámbitos de lo público, no la ha hecho visible”.

Esta masculinización del tratamiento e invisibilización de las necesidades de las mujeres desemboca en la desconfianza a los tratamientos y la preocupación de las usuarias a que sus problemas y necesidades no sean comprendidas por el personal de salud (Barreda et al., 2005d, p.59; Márquez & Lorenzo, 2006; Fuentes, 2011, p.278; Galván & Marín-Navarrete, p.164; Medina-Mora, 2011, p.18).

Al respecto, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) mencionan que una razón por la que las mujeres no buscan ayuda es porque consideran que no recibirán el tratamiento adecuado a sus necesidades. La combinación de las tareas de cuidado con el tratamiento no se ve facilitada por características de los propios centros de rehabilitación, debido a la rigidez de horarios (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Gómez et al., 2008), o que las instalaciones no son adecuadas para ayudar con el cuidado de las y los hijos (Van Den Bergh, 2007, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Márquez y Lorenzo (2006) exponen que una de las razones por las que las mujeres con hijos no asisten ni permanecen en los programas de rehabilitación tiene que ver con la “incompatibilidad manifiesta que impide que puedan combinar proceso y cuidado familiar, por lo que muchas deben delegar en otros familiares en el mejor de los casos, o bien sufrir la retirada de custodia de sus hijos” (p.10). Esto, además de reforzar el temor ya mencionado de la pérdida de los hijos, crea desconfianza hacia las y los profesionales de la salud.

A esto se le añade el problema que los prejuicios profesionales representan para el acceso de las mujeres a programas de rehabilitación. Para empezar, la mujer desconfía de las y los profesionales por el temor a ser juzgadas como una mala madre o mujer (Barreda et al., 2005d). Chait y Zulaica (2005) exponen que en ocasiones se ha encontrado maltrato por parte de las mismas instituciones de salud cuando las mujeres con adicción a las drogas acuden por emergencias como una sobredosis, intentos de suicidio, maltrato o demandan una interrupción de embarazo. Por su parte, Gloria Galaviz (2015) agrega que de manera consciente o no, el género interviene al momento de realizar un juicio social y terapéutico. Lo mencionado resulta en especial problemático cuando se toma en cuenta que además de constituir una barrera para el acceso al tratamiento, los prejuicios contribuyen al sufrimiento de las usuarias y dificulta su adherencia al tratamiento (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Asimismo, se ha señalado el androcentrismo existente en la investigación científica, reflejada en discursos y preocupaciones que tienden a centrarse en los efectos sobre los familiares y otras personas, desplazando a la mujer del centro del problema y definiendo su importancia en función de los otros (Pérez & Correa, 2011); es decir, la producción académica está vinculada con la presencia de ciertos estereotipos de género (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Ejemplo de esto se encuentra en artículos como el de Darinel Boo-Vera, Jorge Martínez-Jorge y Jorge Montesinos-Balboa (2010) quienes relacionan el problema de la adicción en la mujer de forma directa con la disfuncionalidad conyugal y familiar. Asimismo, en la literatura médica consultada se abordan los problemas de salud que enfrentan las mujeres adictas, poniendo especial énfasis en los problemas de reproducción y ginecológicos (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Si bien estas problemáticas son reales y relevantes, los resultados o la importancia puesta en ellos podrían implicar el reforzamiento de los roles de género y el estigma de “mala madre” o “mala esposa” que vive la mujer adicta.

Con base en la literatura consultada, podemos observar que la adicción de la mujer termina por representar una paradoja: si en algún momento cae en el abuso de sustancias, vivirá una destrucción física de rápida evolución por sus condiciones biológicas, sociales y culturales, además de que llegará un momento donde será imposible cumplir con los roles y estereotipos de género dictaminados por una sociedad heteropatriarcal.

Al no cumplir, se vuelve una transgresora, una “mala mujer”, sujeta al rechazo, tanto social como interno. En el caso de que se supere la negación o el miedo al reconocimiento de la adicción, y decida asistir a tratamiento, se encontrará con mayores limitaciones y menores herramientas que su contraparte masculina, además del desencanto de los centros de tratamiento que no tienen en consideración sus necesidades y que no están exentos de los prejuicios profesionales. En otros términos: si consume, se le rechaza; si es rechazada, no se le brinda ayuda; si no se le brinda ayuda, no puede hacerle frente a su adicción. La mujer adicta está atrapada en un círculo vicioso dibujado por el sistema de género.

## PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Si bien es complicado interferir en las barreras personales e interpersonales de las mujeres, sí se puede actuar desde el cambio de las barreras estructurales y de programa. Por lo mismo, existe una gran insistencia en programas de tratamiento centrados en necesidades específicas de cada población de mujeres a la que se atiende (Barreda et al., 2005a; Castillo et al., 2003; Castillo & Gutiérrez, 2008; Del Carmen & Permuy, 2017; Chait & Zulaica, 2005; Gómez et al., 2006; Medina-Mora & Rojas Guiot, 2003; Palop, 2000; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Castillo et al. (2003) hacen énfasis en que el diseño para cualquier tipo de aproximación —ya sea preventiva, terapéutica, o de investigación— debe de tomar en cuenta las especificidades de las mujeres; ya que al ignorarlas, se trabaja a espaldas del usuario, no se atienden sus necesidades y la perspectiva de éxito decrece. Aunado a esto, Castillo y Gutiérrez (2008) puntualizan que el adecuar el tratamiento supone el poder administrar mejor los recursos económicos y humanos. Esta perspectiva coincide con la de Martha Romero (2011) quien externa la imperiosa necesidad de desarrollar intervenciones diferenciadas, situadas en contexto y con base en las características de la población atendida y sus necesidades, tomando en cuenta factores como “el riesgo elevado a la comorbilidad psiquiátrica y la vulnerabilidad fisiológica, condición social y [...] su nivel de rechazo social expresado en el aislamiento y la culpa” (p.30).

Por su parte, Del Carmen y Permuy (2017) plantean intervenciones que presten especial atención a la psicopatología dual que viven las mujeres con adicciones. Además, consideran conveniente la creación de “protocolos de cribaje adaptados según el género con el fin de detectar en los servicios de atención primaria y salud mental a las mujeres con problemas de alcoholismo cuya queja principal y demanda es por síntomas ansiosos o depresivos” (p.21).

Del mismo modo, en 10 de los artículos consultados se hace explícita la necesidad del diseño de tratamientos con base en la perspectiva de género (Esquivel, Ortíz & Ortíz, 2012; Meneses, 2006; Galaviz, 2015; Márquez & Lorenzo, 2006; Najavits et al., 2007; Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Saldívar, Loyola, Rodríguez, & Galván, 2010; Romo, 2005; Ortiz & Clavero, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) afirma que el enfoque que se le dé al tratamiento debe atender cuestiones de género, puesto que las diferencias entre los sexos

provocan situaciones de desigualdad en cuanto al estado de salud, dando lugar a diferencia en el acceso y uso de la información, atención y los servicios sanitarios (citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Georgina Esquivel, Luz Ortiz y R. Ortiz (2012) mencionan que este enfoque permite hacer un análisis de la problemática de las mujeres, considerando sus condiciones de vida y subjetividad.

Desde esta perspectiva, Palop (2000) plantea la necesidad de que en los centros de tratamiento se aborden cuestiones que surgen desde la diferencialidad de género, como lo son el reconocimiento de nuevas formas de maternidad, la identificación y cuestionamiento de los estereotipos de género a los que están adscritas, el fomento de intereses más allá del mundo doméstico y el reconocimiento a su trabajo reproductivo. A su vez, Carmen Meneses Falcón (2006) propone sugerencias para los programas de recuperación, consistentes en “la presencia y cercanía de sus hijos durante el tratamiento, atender los traumas por abuso sexual y violencia, clima de confianza y seguridad reforzando el discurso femenino, incidir en la preparación e inserción laboral para romper la dependencia y subordinación de las mujeres”.

Por su parte, Galaviz (2015) también argumenta la necesidad de esta perspectiva mediante el análisis que hace acerca de la ineficacia de los programas en centros de rehabilitación de la ciudad de Tijuana. La autora revela que en estas instituciones se reproducen los estereotipos y estigmas asociados al género y que esta estrategia solo resulta útil para una mínima parte de las internas, es decir, para las “que logran interiorizarlos (estereotipos de género) y recobrar la sobriedad y funcionalidad social a través de ellos.” Al respecto, Romero Mendoza et al. (1996) añaden que es importante que la o el profesional de la salud no mida el éxito del tratamiento solo en términos del ajuste al estereotipo del rol femenino.

La perspectiva de género exhorta a la capacitación profesional para la intervención con mujeres adictas, en especial en temas como el tratamiento integral basado en la perspectiva de género, comorbilidad psiquiátrica, la violencia de género, el género y las adicciones, entre otros (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Así como el desarrollo de habilidades y actitudes que las y los profesionales de la salud deben tener presentes dentro de sus intervenciones, a fin de lograr su eficacia (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Puesto que sin ellas, se impide el poder brindar una atención adecuada.

Así pues, se apuesta por la creación de servicios y espacios especiales para las mujeres, “separatistas”, en donde las relaciones terapéuticas que se establezcan se basen en la confianza recíproca y confianza comprensiva (Barreda et al., 2005d; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Este elemento es fundamental, puesto que se ha visto que las actitudes del terapeuta y el mantenimiento de una actitud empática constituyen un predictor para la adherencia al tratamiento y el cambio terapéutico (Rogers, 1957, citado en Barreda et al., 2005d). Por lo mismo, es importante que se preste atención a los prejuicios y las actitudes de los terapeutas que entorpezcan o lleguen a imposibilitar el proceso de recuperación de las mujeres.

Además, se ha visto el éxito de los programas basados en la perspectiva de género, puesto que Lisa M. Najavits, Marshall Rosier, Alan Lee Nolan, Michael C. Freeman (2007) la implementaron en el tratamiento de mujeres opioide dependientes y en el transcurso de dos meses hubo una mejora significativa en el uso de la droga, conducta compulsiva-adictiva, mejora global y conocimiento de los conceptos de tratamiento. Así como una fuerte satisfacción hacia el programa, reflejado en un sentimiento de comprensión reportado por las participantes.

El fenómeno de la adicción en mujeres ha permanecido oculto, invisibilizado e ignorado. Es fundamental que el diseño de los programas de tratamiento, prevención y producción

académica tengan como principal eje a las mujeres a quienes están dirigidos. Las propuestas mencionadas por las y los autores reflejan un primer intento en la transformación de la atención a las mujeres con adicciones que vela por su bienestar y las sustrae de la condena social asociada con la adicción. La perspectiva de género, además de brindar una manera de comprender el fenómeno de las adicciones, aporta a la mujer lo que por décadas no tuvo: la posibilidad de recuperación.

## CODEPENDENCIA

La mujer se relaciona con la adicción no solo desde su propio consumo sino desde el de los demás. Palop (2000) indica que la posición de las mujeres en las toxicomanías, de forma tradicional, ha sido la de madres cuidadoras, codependientes de sus hijos o parejas toxicómanas. Como guardiana de la moral, núcleo de la familia y principal figura “proveedora de cuidado”; se le hace responsable de la salud y del consumo de sus parejas o de cualquier integrante de su familia (Romero Mendoza et al., 1996; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

De forma consecuente, el tema de la mujer y las adicciones ha de abordar los efectos de la adicción más allá de la persona que consume. En este apartado, se busca hacer una revisión de lo que la literatura ha expuesto tanto de forma explícita como implícita acerca de la codependencia, así como de los términos que se han propuesto para comprender el fenómeno, su etiología explicada desde lo sociocultural y familiar, el papel de la pareja, y las consecuencias a la salud y bienestar que implican las conductas codependientes.

La codependencia, según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), es un fenómeno complejo que al igual que las adicciones puede ser analizado desde diferentes perspectivas teóricas, ya sea desde enfoques basados en evidencia científica que tienen una diferente denominación del término “codependencia”, hasta enfoques de grupos de autoayuda que se basan en la filosofía de los Doce Pasos.

De acuerdo con María Hernández y Margarita Villar (2008), el alcoholismo y la codependencia son la misma enfermedad, puesto que ambas “comparten características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control”, son socialmente aprendidas y tienen efectos sobre la salud mental tanto del adicto como de las personas que le rodean. Ahora bien, aunque en Romero, Medina-Mora & Rodríguez (2011) no se conceptualiza la codependencia como una adicción, sí se considera que es un fenómeno que presenta alta correlación con la “enfermedad de la adicción”, y por ello, debe de ser tomada en cuenta para el tratamiento.

Guevara (1993, citado en Romero, 2011) comprende a la codependencia como algo que padece la familia de un alcohólico; en cambio, utiliza el término de “co-alcoholismo” para referirse a los familiares que también presentan un problema de consumo de alcohol. Por su parte, Zerwekh y Michaels (1989, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) abordan la relación codependiente explicando que la dependencia es un elemento que la familia comparte con el adicto, ya que el adicto es dependiente de la sustancia, pero los integrantes de la familia son dependientes al adicto. Autores como Guevara (1993, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011) sugieren el uso del concepto de “codependencia” para calificar el padecimiento que viven las y los familiares del adicto.

Otra forma de comprender este fenómeno ha sido bajo el término de “bi-pendencia” definido como “el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción [...] existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condicionan relevantemente el quehacer del afectado y probable-



mente de las personas involucradas”. Aunque por nuestra conformación social dependemos de las demás personas, la codependencia, según lo expuesto, se equipara con la adicción a las sustancias. De forma independiente al término utilizado, se le concibe como un padecimiento que “merma la salud integral de las personas que conviven y / o han convivido con una persona consumidora de sustancias” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). En los apartados previos se presentaron los factores alrededor del inicio y mantenimiento del consumo en las mujeres, así como de sus consecuencias, que han sido objeto de diversos abordajes. Por otro lado, la información referente a la etiología de la codependencia, así como a las problemáticas resultantes de esta, sigue siendo muy limitada.

En la literatura consultada, se teoriza la predisposición a conductas codependientes desde lo familiar y lo sociocultural. En el primer ámbito, la explicación toma dos vertientes, la primera es concebir a la codependencia como producto de la crianza en familias disfuncionales, caracterizadas por la sobreprotección o rechazo, hijos con carencias afectivas, dificultades conyugales y vínculo con algún familiar que abusa de sustancias (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Y la segunda lo explica más como un mecanismo de afrontamiento de la mujer ante el consumo de sustancias de alguno de sus familiares, que tiene como objetivo resarcir el daño provocado por el consumo (Roehling, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Hernández y Villar (2008) abonan a la discusión afirmando que la codependencia se relaciona a un sistema de conductas y creencias familiares que impiden la expresión emocional y afectiva, pero que también puede ser adquirida de manera incidental o inducida por normas institucionales.

En el ámbito sociocultural, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) revisan lo expuesto por varios autores mexicanos, quienes comprenden a la codependencia como un estilo relacional muy arraigado en la cultura, permeado por los roles de género. Históricamente, desde la conquista de México, la mujer fue responsabilizada del cuidado y bienestar de su familia. De igual modo, Degrott y Gottsbacher (2003) explican que la socialización de género mexicana prepara a los hombres para dominar, y a las mujeres para reproducir, esperando de ellas características de sumisión y de entrega. En palabras de Romero et al. (2010), se espera que la mujer viva para los otros. Su proyecto de vida está constituido por sus relaciones afectivas; sin embargo, el amor en las mujeres no es algo que resida en su naturaleza sino en la gran carencia de no tener otros proyectos que amar (Lamas, citado en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Romero Mendoza et al. (1996) hacen la observación de que de forma independiente al consumo, “todas las mujeres compartimos los mismos mandatos culturales de ser las guardianas de la moral y los valores sociales” (p.2). Las personas que son socializadas como mujeres cargan con la internalización del cuidado y con una dependencia emocional que se verá reflejado en sus formas de vinculación con las demás personas (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Cabe mencionar que la codependencia también es vivida por los varones, sin embargo, los roles de género de las mujeres implican una mayor vulnerabilidad al desarrollo de conductas y relaciones codependientes, pues es la forma en la que se les ha enseñado a relacionarse con el otro.

Este otro toma muchas formas en la codependencia, en especial, la de la pareja y los hijos. Las madres o las esposas suelen ser las que piden ayuda en el momento en que algún familiar tiene un problema de alcoholismo (Ramos, 2001) y según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), debido a su papel de cuidadora y la responsabilidad asumida de ayudar al otro con su

adicción, experimenta un estrés que “va desde el sufrimiento por la salud y el daño que se hace el adicto, hasta los efectos negativos del consumo en la economía familiar” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011, p.38).

Entre los efectos a la salud, se ha visto que los familiares y personas cercanas a usuarias y usuarios de sustancias psicoactivas poseen mayor vulnerabilidad a presentar problemas de salud y sufrimiento intangible a causa de entornos de estrés y desesperanza (Natera et al., 1999, citados en Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Además de que las mujeres resultan más afectadas cuando existe consumo de drogas o alcohol en el núcleo familiar, presentando enfermedades psicosomáticas, baja autoestima y depresión (Hernández & Villar, 2008; Degrott y Gottsbacher, 2003).

En términos de la relación con la pareja, autores como Hernández y Villar (2008) afirman que este fenómeno se manifiesta en el deterioro de la salud, de la relación afectiva y sexual y de la vida cotidiana, “hasta el punto de vivir por y para él”. Existe así un involucramiento obsesivo en donde se tratan de resolver los problemas de la otra persona, invirtiendo toda la energía en controlar la vida de los demás, perdiendo el control sobre la propia, confundiendo el amor con el sacrificio y sufrimiento (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011; Hernández & Villar, 2008). Además, lejos de pedir ayuda, la mujer codependiente toma papeles de “víctima y mártir, de perseguidora y salvadora, pues considera que solo ella puede salvar y brindar la ayuda al adicto, descalificando a terapeutas o centros de tratamiento” (Hernández & Villar, 2008, p.807). No es una adicción a la sustancia, pero sí una adicción a pretender controlar lo que socialmente le ha sido adjudicado.

A pesar del sufrimiento y deterioro vivido, la mujer codependiente teme que el vínculo entre ella y su pareja se dañe. Por consiguiente, se ha considerado a la pareja como una posible barrera para el tratamiento (Llopis, Castillo, Rebollida & Stocco, 2005; Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). En Europa, según un estudio realizado por el Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA) (2001), 29% de las mujeres con adicciones no recibían tratamiento debido a que sus parejas no se los permitía, y 48% de las mismas admitió no haber asistido a tratamiento porque este implicaba la separación de su pareja (Etorre, 1998, citado en Llopis et al., 2005). En otras palabras, y como ya fue mencionado en apartados anteriores, el temor a la pérdida del otro es un factor que impide que la mujer busque ayuda profesional (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Es así como la mujer vive una doble dependencia: al alcohol y a su pareja (Ortíz & Clavero, 2014).

En este sentido, se ha observado que el tener una pareja que abusa de sustancias es un factor determinante para el inicio del consumo en la mujer (Del Carmen & Permy, 2017; Castillo et al., 2003), además de ser un factor de riesgo para su recaída (Castillo et al., 2003). Palop (2000) hipotetiza que tal fenómeno puede estar ligado al deseo de “vincularse con la pareja más estrechamente, de ayudarles a salir, o de destruirse con ellos”, debido a la dependencia afectiva en la que fueron educadas. Desde la Gestalt, Degrott y Gottsbacher (2003) ilustran esta problemática como que “la necesidad de conexión y el miedo de desconexión —en especial respecto del varón pareja— son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima, y son factores de riesgo para el uso de sustancias” (p.4). Así, la dependencia que establece con su pareja, la podrá sustituir con facilidad por el consumo de sustancias con el fin de tener una relación mucho más confiable y segura.

La situación se complejiza al abordar el tema del maltrato. Según Hernández y Villar (2008), la codependencia a la pareja se expresa desde “la aceptación del engaño y maltrato de que son objeto las mujeres por parte de quien consume algún tipo de droga, perdiendo

su equilibrio emocional, alterando su forma de pensar, sentir y su comportamiento”. Ante la violencia, la mujer prefiere guardar silencio y ser tolerante, con el objetivo de evitar conflictos mayores, o bien, perder a la persona por la cual se vive. Sin embargo, el encubrimiento de su situación le provoca estrés, que a su vez, la vulnera ante el consumo (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Dicho de otro modo, la codependencia está presente tanto en el inicio del consumo, significado por, debido y gracias al otro; así como en el mantenimiento, puesto que aunque se viva un daño al bienestar integral, no se pide ayuda por el temor a la pérdida siempre presente.

A pesar de tal panorama, la realización de programas de tratamiento ha descuidado a las personas que rodean al individuo con adicción (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Esto, aunado al desconocimiento de lugares en donde puedan recibir ayuda de forma independiente de si el consumidor acude o no (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011), hace que de las personas con conductas codependientes sea una población inatendida.

Si bien existe un creciente interés acerca de cómo las mujeres experimentan la adicción, la codependencia sigue siendo un término oculto e invisibilizado, aspecto que resulta problemático en tanto al vínculo tan estrecho que tiene con el consumo. Las adicciones no se limitan a la sustancia o al sujeto que la consume sino que están insertas en una realidad social compleja, en donde las personas, aunque no consuman, son de igual manera afectadas y se enfrentan con el sufrimiento de la adicción.

## LA VIOLENCIA EN LA VIDA DE LAS MUJERES ADICTAS

El presente apartado pretende hacer un recorrido por la violencia y su relación con la adicción en mujeres. Se hace un despliegue de lo que las y los autores han afirmado acerca de la violencia como un factor que determina y acompaña el desarrollo y las características de la adicción en las mujeres adictas. Para su estudio, las formas de violencia en algunas ocasiones serán referidas como maltrato. Este apartado traerá al diálogo el consumo de drogas en mujeres y su relación con la violencia sexual, la violencia doméstica, la violencia laboral y para finalizar, una propuesta de rehabilitación con una urgente perspectiva de género.

A pesar de las divisiones temáticas, las violencias presentadas están relacionadas de manera intrínseca, pues se sustentan en violencias del tipo cultural y estructural. Asimismo es importante señalar que la violencia ha de ser abordada desde la integración del género con factores de clase y de raza. Las diversas violencias que viven las mujeres trabajadoras sexuales, las mujeres migrantes y las mujeres en prisión dan cuenta de ello. Pues si el ser una mujer adicta conlleva factores de mayor vulnerabilidad frente a la violencia, el pertenecer a grupos aún más marginados y desfavorecidos socialmente aumenta el grado de vulnerabilidad. No obstante, se ahondará en las violencias vividas por estas poblaciones en apartados posteriores.

Hecha esta aclaración, respecto a las formas de vulnerabilidad y la violencia sufrida por las mujeres adictas, Llopis et al. (2005, p.141) señalan que “en la concurrencia de ser una mujer adicta la víctima de la violencia, es donde con mayor claridad se observa que la llamada violencia de género o doméstica no es más que un eufemismo de la evidente violencia machista”.

Para Chait y Zulaica (2005), el hecho de ser mujer y consumir drogas son dos factores de riesgo para la violencia, aunque dependiendo de las distintas sustancias consumidas será la situación de vulnerabilidad que enfrentarán; sostienen que no es lo mismo la situación

de una mujer consumidora de heroína y cocaína intravenosa que la de una consumidora de cannabis, éxtasis y alcohol.

Las autoras mencionan que las mujeres que solicitan tratamiento de rehabilitación por un problema de abuso o dependencia de drogas tienen una mayor probabilidad de presentar maltrato en comparación con la población de mujeres en general. Llopis et al. (2005) coinciden en que en el caso de las mujeres adictas la incidencia de malos tratos es muy superior a la de la población femenina general. Además, respecto al factor de riesgo que supone una drogodependencia, Chait y Zulaica (2005) se preguntan: ¿las mujeres maltratadas tratan de neutralizar sus reacciones al trauma adormeciendo sus sentidos con alcohol y otras drogas, o es que las mujeres que usan alcohol y drogas tienen más tendencia a llevar una vida que les pone en mayor riesgo de ser maltratadas por los varones?

Aunque no se encontró un acuerdo común entre las y los autores ante la cuestión de si las mujeres adictas sufrieron primero los sucesos de violencia y con posterioridad el abuso de sustancias o viceversa, la literatura coincide en la evidente vulnerabilidad a la que están sujetas las mujeres adictas, y cómo la adicción y el maltrato son fenómenos multifactoriales. Para Chait y Zulaica (2005), las investigaciones parecen afirmar que tanto el maltrato como la adicción son síndromes, y no se puede determinar una única causa, ya que se entrecruzan factores de índole genético, social, familiar, laboral, educativo y emocional; incluso se puede encontrar una interacción entre las manifestaciones de la adicción y el maltrato.

Miller (1997, citado en: Llopis et al., 2005) sostiene que existe una relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías, entre las que se encuentra la frecuente aparición de una patología dual, en la que el consumo y adicción a diferentes sustancias se convierte en un determinante de la intervención. Además, en comparación con los varones adictos, se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes relacionados de forma directa con el inicio en el consumo de drogas entre las mujeres que tienen que ver con agresiones de índole sexual.

### **Violencia sexual y abuso sexual infantil**

Dorothy L. Hurley (1991) señala que es muy frecuente la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos, ya que muchas de ellas refieren haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital del tipo violación o incesto. Maria Testa, Carol Vanzile-Tamsen y Jennifer Livingston (2004) agregan que los datos de los diferentes estudios realizados entre adictos ofrecen suficientes datos para que se tenga la evidencia de las dos vertientes en que las drogas y la violencia de género se interrelacionan: por un lado, el uso de drogas en mujeres parece estar relacionado de manera directa con la presencia de antecedentes de agresión sexual.

Además, el uso de drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento de agresiones sexuales y victimización física. En esta interrelación entre el maltrato y el abuso, la temporalidad resulta un factor determinante, ya que el abuso de sustancias puede aparecer como un antecedente o como un trastorno consecuente a la propia historia de abuso y / o violencia sexual (Llopis et al., 2005; Orte, 1998).

Palop (2000) señala que el porcentaje de mujeres drogodependientes que han sufrido abusos sexuales son significativamente altos (Kandall, 1996; Briere & Runtz, 1988; Singer, Bussey, Song & Lunghofer, 1995). Coincidiendo con estos autores, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) establecen que “la violencia, el trauma, el abuso sexual, las pérdidas y la

victimización son factores potenciales en la etiología diferencial del consumo de drogas en hombres y mujeres”.

Bajo esta misma línea, Carmen Orte (1998) comenta que el abuso de sustancias podría ser un antecedente que podría facilitar: la implicación de adolescentes en conductas de alto riesgo, una menor capacidad para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de violencia sexual, teniendo en cuenta la situación de debilidad personal y relacional creada a partir de una situación de abuso sexual inicial. A su vez, los abusos sexuales podrían favorecer la adicción a sustancias, ya sea por la identificación con grupos marginales a partir del estigma o como mecanismo de enfrentamiento a ese suceso estresante.

De acuerdo con Deborah L. Haller y Donna R. Miles (2004), el trauma infantil es un factor que predispone a las mujeres drogodependientes a desarrollar características de personalidad atípicas que son independientes de la adicción a las drogas, así como otros problemas psicológicos asociados al trauma infantil. Mencionan que las mujeres sobrevivientes de abuso infantil usan más alcohol, drogas recetadas y drogas ilícitas y experimentan más problemas de depresión, ansiedad y somatización (traducción de las autoras). Además, señalan que:

La prevalencia de trauma infantil es elevada entre las mujeres que abusan de sustancias, con un 33% de alcohólicas que reportan abuso físico, un 49% abuso sexual y un 23% abuso dual. Entre las mujeres usuarias de drogas intravenosas, el 45% reconoce abuso emocional, el 55% abuso físico y el 60% abuso sexual. Finalmente, el abuso de cocaína ha sido asociado con trauma infantil en abusadores perinatales de sustancias (p.271).

Degrott y Gottsbacher (2003) abonan en la relación entre el abuso sexual infantil y la drogodependencia al señalar que los antecedentes de ataques violentos contra la mujer son un factor de riesgo significativo para generar un determinado consumo de drogas. Algunos estudios resaltan el hecho de que las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas han sido, de forma reiterada, víctimas de abuso físico, emocional y sexual en su infancia y / o en su vida adulta, y han estado expuestas a la violencia en sus comunidades. Para este autor, la naturaleza del abuso destruye la confianza de las mujeres, dejando en su lugar sentimientos de baja autoestima y desesperanza.

Llopis et al. (2005) reiteran la incidencia que tiene la violencia, de cualquier tipo, ejercida en la infancia hacia las mujeres; en particular sobre las mujeres adictas, conlleva consecuencias que determinan muchas de las peculiaridades de su drogadicción, ya que termina logrando que la persona adicta tenga la percepción de sí misma como portadora de un “estigma” que la conduce a la identificación con grupos marginales.

Las y los autores agregan que la conducta de sumisión en la mujer drogodependiente es una de las consecuencias a nivel psicológico que pueden percibirse producto de los abusos sexuales sufridos en la infancia. También se puede observar un mantenimiento de la violencia sobre la mujer adicta, que si bien inicia en la infancia, continúa en la edad adulta a manos de su pareja o de familiares y conocidos.

## **Violencia doméstica**

Ahora bien, la mujer adicta es vulnerable frente a diversas formas de violencia, no solo la violencia sexual. El maltrato sufrido en casa aparece como un detonador para el consumo



de sustancias y los comportamientos autodestructivos en el caso de las mujeres. El maltrato abona al desarrollo de adicciones, y a su vez, el consumo vuelve al sujeto más vulnerable al maltrato. Sin embargo, es importante recalcar que no porque desaparezca el consumo en una mujer adicta significa que el problema de la violencia doméstica al que se enfrenta también cesará. Como menciona Ramos (2001), no puede encontrarse una relación causa-efecto.

Como señalan Chait & Zulaica (2005), el maltrato sufrido predispone a la adicción a la víctima: las mujeres maltratadas pueden presentar, como consecuencia del maltrato, un comportamiento autodestructivo como la automedicación, el suicidio y el abuso de alcohol y otras drogas. De forma paradójica, este desarrollo de la adicción hace más vulnerable a la víctima, como es el caso de las mujeres que abusan de drogas, puesto que son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica. Incluso se ha planteado que una madre con abuso de sustancias es incapaz de protegerse a sí misma o a sus hijos como víctimas de maltrato.

Para Martha Romero, Eva Rodríguez y Carlos Campillo (1999), la violencia doméstica también aparece relacionado a las adicciones, pues mencionan que entre los motivos que tienen las mujeres para iniciarse en el consumo figuran los de índole personal: la curiosidad, el tratar de olvidar los problemas, la violencia doméstica, el maltrato, el tratar de sentirse adoptada y aceptada por el grupo de amigos.

Un factor importante que acompaña la violencia y el maltrato a las mujeres adictas reside en aquellas problemáticas que deben afrontar y permanecen ocultas. Romero Mendoza et al. (1996, p.3) mencionan: “Específicamente, para la mujer con problemas de adicciones temas fundamentales, tales como la tensión doméstica, la violencia en la familia, el conflicto con el rol sexual, el uso de drogas recreacional, la heterogeneidad de la mujer como un grupo social, la necesidad de tener una perspectiva sensible al género y una discusión de todos sus problemas permanece oculta”.

En el caso de México, un país con altos índices de violencia de género, “el uso de alcohol y otras sustancias en la familia de origen han sido reconocidos [...] como factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad a la violencia en las mujeres [...] Necesitamos comprender cómo se configuran las relaciones violentas, y determinar el papel que pueden jugar diferentes sustancias” (Ramos, 2001).

## **Violencia laboral**

En torno a la violencia laboral sufrida por las mujeres adictas, María Magdalena Alonso, Catherine Caufield y Marco Gómez (2005) realizaron un estudio que permitió comprobar, de forma empírica, los conceptos de violencia laboral y consumo de drogas en una muestra de 669 mujeres que trabajan y residen en el área metropolitana de Monterrey. Como parte de las conclusiones, se encontró que existe una relación entre la violencia y consumo de drogas en sus formas psicofarmacológica y compulsiva económica (Alonso, Caufield & Gómez, 2005).

Para abordar esta problemática resulta importante entender el contexto y la precarización laboral, así como las dobles y triples jornadas que deben afrontar las mujeres, factores que influyen en el desarrollo de su adicción. Para Cravioto et al. (1998), es importante considerar el consumo de fármacos dentro de esta problemática, pues hasta hace poco no se contemplaba como un problema de salud pública. Algunos trabajos muestran que con frecuencia los tranquilizantes y sedantes son recetados a mujeres con el propósito de disminuir síntomas de depresión, ansiedad y estrés provocados muchas veces por la situación económica y la problemática

familiar o laboral que viven a diario. Finalmente, el riesgo que ello conlleva es que en muchas ocasiones ellas continúan usándolas sin supervisión médica o por más tiempo del indicado, sin percatarse de las consecuencias que ello implica, como el desarrollo de una adicción.

María Magdalena Alonso, Flor Musayon, Helena Scherlowski y Marco Gómez (2006), en su estudio titulado “Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil”, analizan una muestra de 903 mujeres provenientes de México (Monterrey), Perú (Lima) y Brasil (Río de Janeiro). En los resultados del estudio, se observa que la proporción de consumo de alcohol en México fue de 11%; en Perú, de 53%, y en Brasil, de 45%. El consumo de drogas ilícitas en México fue de 5% y en Perú, de 6%. La presencia de violencia laboral fue de 16% en las mexicanas, 24% en las peruanas y 39% en las brasileñas. Sobre el tipo de trabajo, predominó el de tipo informal en México, 53.8%, y en Perú, 68.8%, mientras que en Brasil predominó el formal con 71.6% (Alonso, Musayon, Scherlowski & Gómez, 2006).

De acuerdo con los resultados de este estudio, en México la violencia laboral es un predictor significativo del consumo de alcohol. Al respecto, como se puntualizan las y los autores:

Los profesionales de la salud deben tener una comprensión ampliada de las relaciones entre trabajo, violencia y uso de drogas, donde el soporte educativo y de prevención de uso de drogas amplíe en las mujeres una conciencia crítica respecto a su condición social y política en sus propios contextos. Para los que viven en países de capitalismo periférico, hay que observar la determinación macroestructural que afecta los procesos de trabajo y las condiciones de producción y reproducción de la vida en (Alonso et al., 2006, p.162).

Entender y atender la problemática de las mujeres adictas y su tratamiento es un tema complejo, donde se debe considerar el contexto socioeconómico en el que se ve inmersa esta población. Es necesario enmarcarlo y abordarlo con un entendimiento de la violencia de género que las mujeres afrontan en el trabajo, en su hogar, en las calles, que se sufren desde la infancia.

### **Acción frente a las violencias**

Chait y Zulaica (2005) nos muestra que “existe un gran desconocimiento sobre la actuación que se realiza desde los centros de atención de las drogodependencias (CAD) en el ámbito de la agresión a las mujeres”. Además, mencionan que una de las problemáticas a considerar es que cuando una mujer sufre de forma simultánea una adicción y maltrato, suele dar mayor importancia a su problemática con relación al consumo, dejando en un segundo plano su padecimiento de maltrato.

En términos de propuestas metodológicas de rehabilitación para un abordaje integral desde una perspectiva de género que comprenda las vulnerabilidades, Llopis et al. (2005) señalan la necesidad de conocer la realidad de la violencia de género que recae sobre las mujeres adictas para poder programar estrategias que aborden la violencia y sus consecuencias de la forma más eficaz posible y en el seno del tratamiento de la adicción. Para ello aparece como necesario que las mujeres adictas reconstruyan e imaginen su propia concepción de ellas mismas y se vivan como sujetos de cambio en su propia vida, para poder incidir en la doble etiqueta y marginación en la que han vivido, producto de su adicción y de las experiencias de maltrato y violencia que la han marcado.

Retomando a Ettore (1998, citado en Llopis et al., 2005, p.152):

Desde el punto de vista psicológico, emocional y social hay una gran labor a realizar por las mujeres etiquetadas con la doble imagen negativa de mujer adicta y maltratada [...] La mujer necesita enfrentarse a esas representaciones negativas, ver cómo ha sido desvalorizada y aprender que sentirse bien es un trabajo difícil y doloroso. Debe crear desde su interior sus propias imágenes de autoestima para sentirse a sí misma “capaz”.

Por su parte, Meneses (2006) ofrece algunas reflexiones y sugerencias para los programas de recuperación, como la presencia y cercanía de sus hijos durante el tratamiento, la atención de los traumas por abuso sexual y violencia, la generación de un clima de confianza y seguridad, reforzando el discurso femenino, la incidencia en la preparación e inserción laboral para romper la dependencia y la subordinación de las mujeres.

Galván y Marín-Navarrete (2011, p.166) mencionan que “los programas para la atención de la comorbilidad psiquiátrico–adictológica en mujeres demanda requerimiento extra que debe de contemplarse si se pretende asistir eficazmente a esta condición, ya que implica aspectos de trauma derivados de violencia física, sexual y / o emocional”. Resalta la importancia de abordar los traumas provenientes de las formas de violencia sufridos por las mujeres en el proceso de recuperación y de reinserción social de las mujeres adictas.

Barreda et al. (2005d) coinciden y destacan que el proceso de valoración y diagnóstico con las mujeres drogodependientes no se debe limitar solo a un primer momento, pues a pesar de conseguir la abstinencia podrían aparecer otros trastornos a lo largo del proceso, como la bulimia o, en el caso de las mujeres que han sufrido violencia, el trastorno por estrés postraumático, ya que en este último caso con la abstinencia aparecen los recuerdos de los malos tratos sufridos.

Algunas de las propuestas que plantea Palop (2000) —con esta mirada hacia el futuro sobre los tratamientos de rehabilitación para esta población y en particular, en miras de la reinserción social— invitan a trabajar sobre la elección de pareja y el reconocimiento de las relaciones abusivas y destructivas tanto pasadas como las que se pueden repetir en la actualidad (2024), facilitando recaídas o situaciones de violencia y malos tratos, pues es importante reiterar que el fin del consumo no implica el final de la violencia sufrida en los espacios, así como la ruptura de los patrones de conducta destructivos. Asimismo, se propone fomentar el pensamiento crítico y activo, que les permita desempeñarse en lo público, así como defender sus derechos. Es necesario trabajar en el reconocimiento de los logros ya obtenidos, y promover la no autolimitación en empleos o áreas tradicionalmente masculinas. Degrott y Gottsbacher (2003, p.10) sostienen que:

El fenómeno de las drogas y de la violencia no es un problema de mujeres, de adictos(as) y de delincuentes, sino —y ante todo— es responsabilidad del conjunto de la sociedad contrarrestarlo, responsabilidad de los legisladores, del gobierno, del poder judicial, de los medios, de los padres de familia, de las escuelas y universidades, de la sociedad civil: es responsabilidad de todas y todos nosotros(as).

En este sentido, para apostar por procesos de rehabilitación y reinserción social de mujeres adictas se muestra necesaria la corresponsabilidad social, desde los diversos espacios, y en particular desde las agendas y las posiciones de poder para abonar desde una perspectiva de género a la construcción colectiva de soluciones duraderas.

En ese mismo ánimo, es necesario, como señala Degrott y Gottsbacher (2003), capacitar a los proveedores de servicios de salud y a todas las personas en contacto con las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas, para reconocer el riesgo de violencia doméstica y el uso indebido y abuso de drogas; integrar un programa de atención específico que considere los derechos humanos de las mujeres; realizar programas que enfoquen el fenómeno de la codependencia, y sensibilizar sobre el hecho de que no solo se puede vencer sino que además se tiene el derecho a ello; ofrecer a las víctimas de violencia acceso a los sistemas judiciales y a soluciones justas y eficaces para la reparación del daño sufrido; ofrecer a las y los adictos espacios adecuados para su tratamiento, y ofrecer a quienes ejercen actos de violencia servicios de rehabilitación.

Según los abordajes aquí expuestos, si no se generan propuestas que respondan de manera adecuada de acuerdo a las necesidades específicas de esta población, con un entendimiento del complejo entramado del sistema heteropatriarcal y la violencia de género, se seguirá generando conocimiento sesgado y sin perspectiva de género desde los abordajes teóricos, y por ende, se mantendrá el desconocimiento y la falta de información; las mujeres adictas continuarán siendo revictimizadas y criminalizadas en las instituciones públicas y privadas que tendrían que brindarles ayuda; los traumas vitales en las historias personales de las mujeres adictas seguirán marcando el desenlace de su historia de destrucción adictiva, pero además, permanecerán en círculos de violencia en los diferentes ámbitos: familiares, laborales, políticos, sociales.

## LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER ADICTA

Se expone que el desarrollo de la vida sexual de las mujeres adictas es problemático, pues muchas veces involucra prácticas sexuales de riesgo, tabúes, mandatos sexuales desde los estereotipos de género, falta de acceso a educación sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, dificultad en el acceso a servicios de salud, así como otros servicios de atención y ayuda, historias de abuso, sumisión, falta de consentimiento sexual, embarazos riesgosos, abortos y otras conductas de riesgo.

Uno de los principales problemas que acompaña la vida sexual de las mujeres adictas se relaciona con el estigma que las rodea, lo que ha contribuido a generar mayores complicaciones, como es en el caso de las mujeres adictas embarazadas que niegan su consumo para evitar ser juzgadas por la sociedad, pues “aún en la actualidad, las mujeres enfrentan el temor del estigma, por lo que suelen no admitir su consumo” (Carrillo, 2012, p.66).

Por su parte, Romo (2005) señala cómo se ha construido una imagen social de “malas madres” para las mujeres que consumen drogas durante el embarazo y causan daños graves al feto, o manifiestan descuido y maltrato hacia los hijos como parte de las consecuencias de la adicción. Al respecto, menciona que si bien numerosos estudios han contribuido a divulgar información y concientizar sobre el uso de drogas y sus afectaciones, también han estigmatizado a las mujeres adictas, por lo que estas niegan su problema (Carrillo, 2012, p.66).

El consumo de sustancias adictivas durante el embarazo es una problemática que ha sido objeto de diversos estudios. Como señalan Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), los efectos del consumo de alcohol en el embarazo sobre el / la recién nacido/a se encuadran bajo el concepto de “Espectro de trastornos por alcohol sobre el feto” (ETAF). Las condiciones que se incluyen, de acuerdo con la clasificación del Instituto de Medicina de Canadá modificados, son el síndrome por alcohol fetal (SAF) con exposición materna al alcohol confirmada, el sín-

drome por alcohol fetal (SAF) sin exposición materna al alcohol confirmada, el síndrome por alcohol fetal parcial (SAFP) con exposición materna al alcohol confirmada, defectos congénitos relacionados con el alcohol (DCRA), y los trastornos en el neurodesarrollo relacionados con el alcohol (TNRA).

Como refieren Mónica Flores-Ramos (2012) y Esquivel et al. (2012), debido al estilo de vida de las mujeres adictas —donde se afronta una mala alimentación, un pobre control prenatal, falta de atención médica y social, así como una alta posibilidad de presentar contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)— se pueden agravar los efectos directos del consumo en el desarrollo y la salud de la madre y del feto, como lo es un parto prematuro, desnutrición o presentar un bajo peso en el recién nacido.

Un factor relevante para destacar es que los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga utilizada, aunque muchas de las usuarias de drogas no consumen una sustancia única, lo que dificulta conocer de manera directa el efecto de una droga sobre las y los neonatos. En el caso del consumo de alcohol, Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) reiteran que “el consumo de alcohol en el embarazo es un fenómeno frecuente que se asocia con consecuencias documentadas sobre la salud en el proceso de embarazo y parto en la mujer, así como defectos congénitos al nacer y alteraciones en el neuro-desarrollo del / a recién nacido/a”.

Jeanette Peña y Esmeralda Matute (2010) señalan que si bien los efectos teratogénicos del alcohol fueron descritos desde hace más de 40 años, muchas mujeres en el mundo continúan consumiendo alcohol durante el embarazo. De acuerdo a un análisis de archivo en el Hospital Civil de Guadalajara realizado por el doctor Juan I. Menchaca, donde se incluye el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas en las mujeres embarazadas entre 1991 y 1998, se encontró una prevalencia de 2.42%, la cual se mantiene en los años analizados. En el mismo estudio se señala que así como el consumo de alcohol y otras sustancias han aumentado en los años recientes entre las mujeres en general, la prevalencia entre las mujeres embarazadas se ha incrementado.

En el caso de las mujeres adictas a la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua, una ciudad fronteriza entre México y Estados Unidos, se ha encontrado que las usuarias aprenden a distinguir la calidad de la droga, la resistencia del cuerpo ante la droga, así como el cambiar de tipo de drogas en situaciones que ellas consideran no adecuadas, como sería durante el embarazo (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Una de las preguntas que para diversos autores sigue sin resolverse es si existe algún consumo de alcohol “seguro” durante el embarazo (Jacobson & Jacobson, 1994), pues hasta el momento la respuesta es una contundente negativa. La dificultad para responder esta cuestión reside en que el daño que puede causar el alcohol al feto en desarrollo está influido por otras variables tales como: la edad de la madre, el número de gesta, el estado nutricional y el metabolismo de la madre, el periodo de gestación en el que se dio la exposición, la variación en la vulnerabilidad de las diferentes estructuras cerebrales, el patrón de consumo del alcohol, la ingesta de otras sustancias tóxicas, entre otros factores (Maier & West, 2001; Peña & Matute, 2010, p.216).

Por su parte, Del Carmen y Permuy (2017) señalan que el consumo de alcohol también se ha relacionado en las mujeres con diversas patologías propias de su género como la infertilidad; además durante el embarazo, como ya se ha mencionado, la ingesta de alcohol genera diversas complicaciones entre las que destaca el síndrome alcohólico fetal, es por ello que se insiste



en la necesidad de revisar a profundidad las características del alcoholismo en mujeres para lograr la detección temprana de los problemas relacionados con este padecimiento, así como la derivación a las unidades de tratamiento especializadas y el desarrollo de intervenciones adaptadas a las necesidades particulares de las mujeres.

Un estudio epidemiológico transversal de una muestra de 50 mujeres adictas policonsumidoras —cuyas drogas principales de consumo son los opiáceos o los psicoestimulantes— realizado por Castillo et al. (2003) arrojó resultados importantes. Principalmente se señala que las mujeres adictas presentan características que las diferencian de manera sustancial de los hombres adictos, como lo es la precariedad económica y laboral, la elevada incidencia (muy superior a la esperada) de VIH, hepatitis, entre otras infecciones de transmisión sexual (ITS), porcentajes elevados de abortos y una alta incidencia de intentos de suicidio y malos tratos.

Aunado a ello, y según este estudio, el embarazo tiende a suscitar una repercusión positiva sobre la adicción, ya que en la mayoría de los casos puede provocar un descenso en el consumo o el inicio del tratamiento. Por otro lado, llama la atención que las mujeres drogodependientes presentan alta incidencia de abortos, que es diez veces superior a la de población general, así como una alta repercusión del consumo sobre su salud en especial elevada en VIH, hepatitis C y sobre todo enfermedades de transmisión sexual.

En torno al tema del aborto, la maternidad deseada y el maltrato, Llopis et al. (2005) señalan que “las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de sufrir problemas graves de salud, embarazos no deseados y abortos, así como graves psicopatologías: depresión, trastorno de estrés postraumático y adicción”. Vale la pena traer al análisis el tema del consentimiento, la sumisión y la codependencia, pues son factores importantes que rodean el desarrollo de la vida sexual de las mujeres adictas y la toma de decisiones sobre su propia vida, su capacidad reproductiva y sobre todo lo relativo a su salud sexual.

De alguna manera, para Llopis et al. (2005), la conducta de sumisión en las mujeres adictas está relacionada con la toma autónoma de decisiones en diferentes aspectos, incluidos los cuidados de salud y el uso de preservativos, decisiones que pueden estar atravesadas por sometimiento de la mujer que la coloca en riesgo en mayor o menor medida ante prácticas sexuales de riesgo. Esta conducta de sumisión se asocia con la codependencia, la cual, en palabras de Hernández y Villar (2008), conlleva al deterioro de la relación afectiva y sexual de la pareja, así como de la vida cotidiana y la salud.

Por otro lado, Ingrid Leal, Temistocles Medina, Eldreth Peralta y Rosa Sáez (2020) establecen que algunas investigaciones muestran que el consumo abusivo de drogas lícitas como el alcohol e ilícitas como marihuana, cocaína u otras puede asociarse a cambios biológicos y conductuales relacionados con la sexualidad y con el consentimiento. Son conocidos los estudios clínicos y preclínicos que muestran los efectos del consumo de sustancias sobre la regulación hormonal, que se manifiestan en alteraciones en el ciclo menstrual y / o en la respuesta sexual, también está documentada la influencia de los estrógenos en el consumo de drogas al interactuar con sistemas relacionados con la recompensa y el estrés.

Un factor importante que se debe resaltar es que la capacidad para negociar o consentir las relaciones sexuales pueden verse disminuidas cuando se está bajo el efecto de las drogas y / o alcohol, lo que expone a las adolescentes y jóvenes a mayor número de parejas sexuales, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como embarazos no deseados, situaciones abusivas, violencia y / o comercio sexual.

Leal et al. (2020) coinciden con otros en torno a la vinculación de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes con consumo de sustancias. Estos autores señalan que

algunas conductas como el tener sexo sin condón, con personas desconocidas, o en contextos de abuso o situaciones de violencia de pareja, se presentan con mayor probabilidad cuando se está bajo los efectos de alguna sustancia que favorece la desinhibición y / o dificultan la toma de decisiones.

Además, ellos destacan que las conductas relacionadas con decisiones reproductivas, por lo general no se toman bajo la influencia del consumo de sustancias, como por ejemplo la elección de un método anticonceptivo (MAC), que generalmente se realiza con la orientación de un proveedor de salud, en especial en el caso de uso de Implantes o DIUs, que requieren de un profesional capacitado para iniciar su uso.

Para efectos de este documento, vale la pena preguntarse qué tan generalizado resulta el acceso a orientación con un proveedor de salud en el caso de las mujeres adictas, pues si bien el estudio aquí citado menciona que el consumo de sustancias problemáticas se asocia más a la salud sexual que a las variables reproductivas, habría que cuestionarse cuántas mujeres adictas tienen la posibilidad económica, social y cultural de recibir un acompañamiento profesional en torno a la planeación reproductiva, ni condiciones sociales, culturales y políticas que favorezcan su autonomía corporal.

Resulta importante tomar en cuenta lo analizado para la atención oportuna, la generación y adecuación de tratamientos y el acompañamiento de mujeres drogodependientes, donde el pleno y libre desarrollo de su vida sexual puedan verse involucrados en la recuperación. De acuerdo con Márquez y Lorenzo (2006), una de las situaciones que en ocasiones deben enfrentar las mujeres adictas cuando buscan un tratamiento en las comunidades terapéuticas es decidir entre la maternidad y la recuperación, ya que no solo no pueden acceder con hijos a cargo sino que, en el caso de las mujeres embarazadas, estas deben decidir entre ingresar o seguir adelante su gestación.

Para Patricia Martínez (2009) y Elisabete Arostegui y Aurora Urbano (2004), esta imposibilidad aparece como otra de las causas de menor demanda de tratamiento en las mujeres adictas, pues no es nada fácil tomar la decisión de abortar, por mucho que se necesite la rehabilitación, y si lo hacen posiblemente se convierta en una decisión demasiado dolorosa como para rehabilitarse sin secuelas emocionales difíciles de sanar. Habría que preguntarnos y cuestionar los apoyos sociales, económicos, culturales y familiares que existen para sostener o impedir la recuperación de las mujeres adictas y su pleno desarrollo, dentro y fuera de un centro de internamiento.

De acuerdo con Palop (2000), para abordar el tema de la sexualidad es necesario hacer un recorrido por los mandatos sexuales recibidos desde los estereotipos de género, para poder ayudar a las usuarias a reconocer y responsabilizarse de su propio deseo sexual, así como reelaborar una imagen positiva de sí mismas y su sexualidad, dando espacio al propio placer. También es fundamental trabajar sobre el reconocimiento de relaciones abusivas y destructivas que podrían facilitar recaídas o situaciones de violencia y malos tratos, incluidos la violencia sexual y el nulo consentimiento.

Por su parte, Esquivel et al. (2012) hablan de la importancia de contemplar la salud sexual de las usuarias, los posibles cambios en la relación consigo misma, con su cuerpo, con los y las demás durante el proceso de rehabilitación; además, dentro de los programas específicos de salud dirigido a mujeres usuarias de drogas, se deben incorporar estrategias para prevenir padecimientos graves a la salud como el desarrollo de ITS, desde una perspectiva de género. Para Nancy Poole y Gaye Hanson (2008) y Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en su propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones,

encontraron que los temas de capacitación y las necesidades identificadas para la capacitación del personal de salud que trabajan con mujeres adictas, coincide, entre varios factores, en la necesidad de un tratamiento integral de adicciones dirigido a mujeres con perspectiva de género, donde se contemplen habilidades para prevención, reducción de daño, embarazo, síndrome fetal alcohólico y habilidades para proporcionar apoyo familiar.

## POBLACIONES OCULTAS

Martha Romero, Eva Rodríguez, Ana Durand-Smith y Rosa Aguilera (2004), citando a Lambert y Wiebel (1990), definen el concepto de poblaciones ocultas como aquellas en las que sus miembros se caracterizan por ser personas en desventaja y que han sido privadas de sus derechos civiles. Según Heckarton (1997), estas poblaciones presentan dos características: que se desconoce su tamaño y límites de población debido a que no existe un marco muestral de ellas, y que son recelosas con su privacidad ya que algunos de sus miembros pudieron haber incurrido en conductas ilegales o estigmatizadas. Esta situación condiciona su cooperación, puesto que los individuos pueden negarse a participar o dar respuestas no confiables como forma de protección (citado en Romero, Rodríguez, Durand-Smith & Aguilera, 2004).

Ahora bien, las poblaciones ocultas no han de confundirse con las poblaciones vulnerables. Estas últimas, según Lambert y Wiebel (1990, citados en Romero et al., 2004), están en mayor riesgo de padecer ciertos trastornos que dependen del punto de vida del ciclo vital en el que se encuentra la persona; además de ellas, se cuenta con un registro, un censo y hay un conocimiento de sus necesidades. Por ejemplo, socialmente se reconoce como vulnerables a los niños, ancianos y discapacitados. En contraste, las poblaciones ocultas se refieren a:

A las personas sin hogar y los migrantes; a los enfermos crónicos; a los que han sido expulsados de escuelas; a los criminales; a las prostitutas; en algunas sociedades, aquellos que tienen una preferencia sexual diferente a la hegemónica; a los delincuentes juveniles; a los miembros de las bandas; a los que huyen de su hogar; a los niños y las niñas de la calle y otras “personas de calle”; hasta hace algunos años, las mujeres. En suma, todos aquellos de los que, por una u otra razón, se conoce muy poco (Lambert & Wiebel, 1990, citados en Romero et al., 2004, p.80).

Es así como además del género, se encuentran otras condiciones que, en su intersección, generan que ciertos grupos vivan situaciones específicas de mayor vulnerabilidad e invisibilización. En la investigación sobre las poblaciones ocultas, se conoce poco de las personas adictas, y aún menos de las mujeres adictas trabajadoras sexuales, presas, indígenas, migrantes, o narcotraficantes. Este apartado se realizó con el fin de hacer una reflexión en torno a cómo estos grupos de mujeres viven su dependencia a la sustancia desde sus situaciones particulares de vulnerabilidad y de violencia.

## TRABAJADORAS SEXUALES

En la revisión bibliográfica solo un artículo se enfocó en la dependencia de sustancias de las trabajadoras sexuales. Rodríguez et al. (2011) afirman que históricamente, los temas más investigados en esta población se relacionan con tipos de prostitución, aspectos psicológicos, sociológicos y el VIH / Sida. No obstante, no hay mucho conocimiento acerca de patrones

de consumo, problemas asociados, consecuencias y estrategias de intervención. Esta afirmación concuerda con la experiencia empírica de la presente revisión de literatura, ya que solo hubo un artículo enfocado solo en el consumo de sustancias en trabajadoras sexuales.

Rodríguez et al. (2003) realizaron un estudio sobre el consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución en México, en la zona de La Merced; la zona se caracteriza por los altos índices de violencia, marginalidad, y pobreza, situación que hace a las mujeres vulnerables frente al abuso policial y a las agresiones físicas y emocionales ejercidas sobre ellas por los explotadores.

Los autores denuncian que aunque se obvia su vínculo con el consumo de sustancias, a las trabajadoras sexuales se les ha dado poca importancia “como personas, a sus derechos, a sus condiciones de vida en general y de salud en particular” (p.80). A pesar de que el abuso de las sustancias en este grupo poblacional sea un problema social y de salud pública, se les mantiene ocultas y en la indiferencia. Esta situación refleja de algún modo la visión predominante en los discursos de corte moral, legal y médico respecto de las trabajadoras sexuales.

En los resultados de su investigación, Rodríguez et al. (2003) concluyeron que el consumo es una estrategia de adaptación al medio en donde ejercen la prostitución, así como una forma de subsistencia. Por un lado, las sustancias, muchas veces ofrecidas por los clientes, les reditúan de forma económica; además de que representa beneficios como la desinhibición, relajación y el olvido temporal de sus problemas. Por consiguiente, el consumo representa una estrategia de afrontamiento ante el estrés y explotación a la que son sometidas las trabajadoras sexuales.

Según Graaf (1995, citado en Rodríguez et al., 2003) el tipo de consumo varía de acuerdo con el tipo de prostitución, así, las mujeres que se hacen de clientes en clubes o bares refieren un mayor consumo de alcohol, mientras que las drogas predominan en la prostitución callejera. De la misma forma, Romero y Quintanilla (1977, citado en Rodríguez et al., 2003) encontraron una relación entre la farmacodependencia y la prostitución, propiciada por el carácter prohibitivo, restringido y controlado por la autoridad y la figura masculina, el rechazo social de ambas prácticas, la disponibilidad de las sustancias en el medio, y que, dentro del ámbito de la prostitución, la farmacodependencia sea aceptada con facilidad. Rodríguez et al. (2003) coinciden en que esos factores sociales propician el consumo en las trabajadoras sexuales, empero, añaden factores personales que también condicionan el consumo, conformados por las características psicológicas, así como la actitud de rechazo o aceptación hacia la droga.

Como se ha desarrollado en este subapartado, las trabajadoras sexuales constituyen un grupo vulnerable, expuesto a la violencia, al rechazo social y a la indiferencia institucional (Rodríguez et al., 2003). En esa misma línea, Barreda et al. (2005d) afirman que las mujeres que han vivido de la prostitución se enfrentan a una doble marginalidad. En estas mujeres las experiencias de abuso y maltrato se entremezclan, y desde la perspectiva de estos autores, “no han aprendido a cuidarse o a respetarse. Tienen sentimientos arraigados de culpa y rabia, que no han podido elaborar” (p.61). Por ello, la intervención terapéutica, en principio, se vive con recelo como la posibilidad de un nuevo maltrato o, por el contrario, con una dependencia exagerada hacia el o la terapeuta.

Cabe mencionar que aunque vale la pena retomar la perspectiva de las autoras mencionadas, es importante resaltar que la vulnerabilidad social de estas mujeres es parte de la violencia de género producto del sistema en el que se ven inmersas y no de la cuestión única de “darse a respetar”; al simplificar un fenómeno tan complejo, y señalarlas como únicas

responsables, se puede incurrir en un discurso revictimizante. Además, por su condición, tienen “menos oportunidad de acceso a servicios especializados y de tratamiento en instituciones de salud, ya que no cuentan con ello y muy pocas llegan a grupos de autoayuda” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Por lo mismo, resulta fundamental ahondar y comprender desde una mirada no estigmatizante la situación de consumo de estas mujeres con el fin de proponer medidas que contribuyan a su bienestar integral.

## MUJERES MIGRANTES

En el caso de las mujeres migrantes, es necesario analizar en las múltiples vulnerabilidades que deben afrontar, no solo por ser mujeres sino por su condición de pobreza y de movilidad. Además, notamos que es difícil encontrar literatura que plantee el consumo de drogas y su relación con el fenómeno migratorio (Sánchez, Pérez, Rodríguez, Arellanez & Ortiz, 2006).

Por lo general, cuando se aborda en la literatura a esta población, se analizan problemáticas como la violencia, depresión, angustia y malestar emocional asociado a la migración que se presentan cuando las mujeres se quedan solas, pues en ellas recae toda la responsabilidad, atienden a las necesidades del hogar, así como a las contingencias que surjan, los problemas de salud y la educación de los hijos y el bienestar de la familia (Romero et al., 2004).

También aparecieron variables del proceso migratorio asociadas al abuso de sustancias, como lo son “la dificultad en el manejo del lenguaje; diferencias culturales, étnicas y económicas; discriminación; pérdida de redes sociales; separación de la familia; cambio de valores en lo relativo a los roles sociales y pérdida de identidad” (García, 2001 & Timothy, 1996, citados en Sánchez, et al., 2006, p.134)

Ricardo Sánchez, Verónica Pérez, Solveig Rodríguez, Jorge Arellanez y Rosa Ortiz (2006), en un estudio cualitativo, señalaron características diferenciales entre mujeres y hombres migrantes; encontraron que las mujeres empiezan con el consumo a más temprana edad, que los pares son los que le ofrecen las sustancias, y que ya en la etapa adictiva, las mujeres buscan formas legales, como un trabajo, o no legales, como el robo, prostitución y venta de drogas, para poder sostener su consumo (Sánchez et al., 2006). Consecuentemente, su vulnerabilidad se convierte en una condena, puesto que la predispone al consumo, a desempeñar acciones que a su vez lo perpetúan, y a consecuencias que, según Sánchez et al. (2006), resultan devastadoras, puesto que se han traducido en la desintegración del grupo familiar, así como en la pérdida de tutela de sus hijos.

Las y los autores afirman que las sujetas de investigación “parecen vivir su problema adictivo como una conclusión inevitable de la adversidad que ha marcado su historia de vida, ante la cual han asumido una posición pasiva y no parecen reconocer el papel que su propio deseo ha jugado en ella”. Desde esta perspectiva, pareciera que el foco de análisis se centra en la consideración de que las mujeres no se han hecho responsables de las decisiones que han tomado en torno a su situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, para efectos de este trabajo se considera que si bien es importante recalcar la capacidad de agencia de las sujetas, también se deben subrayar los factores que han mermado el desarrollo de su capacidad de agencia, al ser un grupo vulnerable, marginado, que enfrentan mayores problemáticas e impedimentos sociales, económicos y culturales, así como historias y desarrollos de traumas ante las formas de violencia que deben afrontar, factores que imposibilitan el acceso oportuno a atención médica y psicológica, así como a formas de



tratamiento. Todos estos factores alejan a la sujeta de poder ejercer una verdadera autoría, como los autores le demandan, en la búsqueda de una responsabilidad sobre su consumo.

Acercarse a la problemática de la mujer migrante con dependencia a sustancias es una tarea compleja en tanto que su consumo no es un fenómeno aislado sino que “se relaciona con otros factores como violencia, depresión, pobreza, etcétera” (Rodríguez, Vega & Gutiérrez, 2011, p.88). Por lo que es imprescindible que las propuestas de tratamiento y posibles líneas de investigación surjan de las necesidades de esta población en específico y consideren todo el panorama en el que está inserta; desde una posición crítica, cautelosa de no ser estigmatizante, pero sí propositiva.

## MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

El abordaje del tema de las mujeres en prisión y el consumo de drogas implica la reflexión y el análisis de las creencias, mitos y prejuicios en torno a este grupo de la población (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011). Según el Instituto Nacional de las Mujeres (citado en Carrillo, 2012), 70% de la población penitenciaria mexicana es encarcelada por delitos contra la salud. Degrott y Gottsbacher (2003) afirman que en México 60% de los delitos cometidos por mujeres están vinculados al narcotráfico y 40% restante corresponde al fuero común; y citando a Torres, mencionan que así como se ha presentado un aumento en el consumo de drogas legales e ilegales, también se ha manifestado un incremento en la relación droga-delito.

Llama la atención el alto porcentaje de mujeres encarceladas por su relación con el crimen organizado. Para Edith Carrillo (2012), el papel que ha jugado el estado mexicano representa una respuesta importante ante esta dinámica. La autora analiza la manera en que la ofensiva del estado contra el narcotráfico ha incidido en el orden de género de procuración de justicia, cuestión que se observó en el incremento de encarcelamientos de mujeres por delitos contra la salud al ser consideradas agentes significativos de la cadena delictiva del narcotráfico.

El resultado de esta ofensiva fue el endurecimiento de las penas imputadas, la criminalización de estas mujeres, la negación al ejercicio pleno de sus derechos, así como la negación de los beneficios de preliberación que establece la ley, pese a que ninguna de ellas tuvo una participación central en la cadena del narcotráfico. Estas mujeres han sido juzgadas bajo el imaginario del narcotraficante masculino, enemigo de la sociedad, no obstante que son los últimos eslabones del crimen organizado, víctimas de violencia y pobreza (Carrillo, 2012).

En el binomio de mujer y delito es importante considerar factores contextuales que las vulneran ante las conductas delictivas. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011) abordan a una muestra de mujeres de Ciudad Juárez, zona fronteriza que por su localización estratégica propicia el consumo, la venta y la compra de sustancias ilegales. Según Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en las narrativas de las mujeres, el vender drogas es el último recurso para sostener el autoconsumo, tras haber perdido sus trabajos y el apoyo familiar. Encima, es una práctica respaldada, reforzada y muchas veces introducida por sus parejas.

Carrillo (2012), dentro de su investigación realizada en el Centro Femenil de Readaptación Social de Jalisco (CRFJ), notó que en su muestra de 23 mujeres, el consumo estaba relacionado con su estancia en prisión, ya sea por posesión, venta, intento de introducción de drogas a otro centro penitenciario, transporte de drogas y formar parte del narcotráfico. Aunque solo 35% de ellas era consumidora, la mayoría refirió que en su entorno, la droga “era un elemento de vida cotidiana, visible y fácilmente identificable por los policías” (Carrillo, 2012,

pp. 63–64). De igual modo, el consumo no termina en la cárcel, puesto que de no encontrar manera de ingresar las sustancias, se puede recurrir al abuso de consumo de medicamentos psiquiátricos controlados (Carrillo, 2012).

Cabe mencionar que la cárcel no fue valorada como un lugar violento sino como un “espacio de cobijo de los graves peligros en sus barrios y de los conflictos en los espacios de venta de droga, así como de la rivalidad entre los grupos de narcotraficantes y los enfrentamientos con los policías” (Carrillo, 2012, p.65). Los relatos de vida de las mujeres privadas de su libertad en este centro penitenciario tienen como común denominador la violencia económica, de género e institucional.

Degrott y Gottsbacher (2003) afirman que las mujeres que transgredieron la ley, en la mayoría de los casos, provienen de hogares disfuncionales, con predominio de la violencia física y sexual. Este hecho también se replica en otros contextos hispanohablantes; Del Pozo (2015), en una muestra de mujeres exreclusas españolas, observó que 81% de estas han sufrido malos tratos psíquicos, 73% han sido víctimas de malos tratos físicos y 46% han sido víctimas de violencia sexual (Instituto de la Mujer, 2005, citado en Del Pozo, 2015, p.187). Asimismo, de acuerdo con Henderson (1998, citado en Villagrà, González, Fernández, Casares, Martín & Rodríguez, 2011, p.220): “Es frecuente que las mujeres encarceladas hayan sufrido episodios de violencia sexual y física, y que más de un 30% cumplan los criterios para un Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT), observándose también que la prevalencia de TEPT no difiere en función de variables como raza, edad o nivel educativo en las mujeres diagnosticadas”.

El problema del consumo conlleva el abordaje y reconocimiento de las historias de violencia que vivieron las mujeres, y los problemas de salud mental. En una investigación realizada por Patricia Villagrà, Ana González, Paula Fernández, María Casares, José Martín y Filomena Rodríguez (2011), en el Centro penitenciario de Villabona, se observó cómo más de la mitad de la muestra estudiada presentó un trastorno por abuso de sustancias, y 47.4% presentaba patología dual al consumo, con depresión, somatización, trastorno obsesivo compulsivo e ideación paranoide.

A pesar de lo expuesto, las mujeres privadas de su libertad presentan problemas para el acceso a tratamiento. Del Pozo (2015) denuncia que el tratamiento penitenciario de drogodependencia en España ha sido aplicado de forma tradicional para la mayoría masculina. Con base en los resultados de una muestra nacional correspondiente a 15% de la población de las mujeres reclusas, exponen que la baja asistencia a los programas de tratamiento se debe a la desinformación, desconfianza y percepción de discriminación de género en el acceso y permanencia de los programas. Romero et al. (2010), en su revisión bibliográfica sobre este grupo poblacional, mencionan barreras similares a las de Del Pozo (2015), refieren que a nivel institucional, las mujeres no asisten a programas de tratamiento en primer lugar por la desconfianza, seguida del desconocimiento de la existencia de estos.

Con base en lo mencionado, es posible afirmar que la problemática del consumo, y demás condiciones que merman el bienestar de las mujeres encarceladas, no están siendo atendidas. Romero et al. (2010) comentan que los antecedentes personales y las condiciones de reclusión de las mujeres en prisión en México son un reflejo de todos los problemas no resueltos del país, “como son educación y analfabetismo, acceso a la salud, vivienda e inequidad en los sistemas de procuración de justicia”. Asimismo, añaden que la situación socioeconómica desfavorable, el bajo nivel educativo, la estigmatización y la discriminación, así como las consecuencias físicas y psicológicas originadas a raíz del consumo, son factores que hacen

a las mujeres privadas de su libertad más susceptibles de incidir y prevalecer en su conducta adictiva.

De igual manera, las diferencias por género en la experiencia de la privación de la libertad en prisión y el acceso a servicios y actividades, por lo general muestran discriminación hacia las mujeres, demostrando peores condiciones, “ya sea al medir la proximidad de la familia y de los seres queridos, o el acceso a la salud, recreación, educación, estatus de la infección del VIH, distribución de drogas psicotrópicas o la probabilidad de ser violada” (Romero, Medina-Mora & Rodríguez, 2011).

Al igual que los otros grupos poblacionales mencionados, se debe de comprender la situación de las mujeres privadas de su libertad desde el hecho de que la cárcel es una extensión de los problemas del exterior. Cuando se ve al delito como una acción aislada y descontextualizada, se cae en el riesgo de la criminalización, medidas poco eficaces, además de la perpetuación de condiciones carcelarias que ignoran los problemas de salud mental y física presentados por estas mujeres. Resulta necesaria la creación de programas de tratamiento basados en la perspectiva de género, pensando a la cárcel como: “un espacio privilegiado de intervención para disminuir riesgos y daños por el consumo de sustancias adictivas” (Romero & Martínez, 2011, p.108).

## MUJERES INDÍGENAS

En la literatura consultada solo hubo una mención acerca del abuso de drogas en poblaciones indígenas. Romero, Medina-Mora y Rodríguez (2011), en no más de un párrafo, mencionan que hay pocos estudios relacionados al uso de drogas de estas poblaciones, y citan los datos obtenidos por la Encuesta Estatal de Adicciones de Yucatán, realizada en 2005. En ella, se reportan que 0.39% de la población encuestada aceptaba que había utilizado alguna vez inhalables. Los autores especulan que al tomar en cuenta que 30% de la población del estado es hablante de Maya, se podría sospechar que cerca de 12,000 personas indígenas han consumido alguna sustancia inhalable de manera deliberada.

El hecho de que esta población haya aparecido una sola vez en la revisión de 74 artículos es un indicador de la invisibilización a la que están sujetas las mujeres indígenas que consumen. Sin la información suficiente, el diseño de programas de tratamiento o medidas que resulten benéficas para la recuperación de esta población se ve imposibilitado, y ellas, olvidadas.

En conclusión, en todas las poblaciones ocultas se evidenció la urgencia de generar propuestas de tratamiento y de rehabilitación tomando en cuenta sus necesidades particulares, así como las formas de violencia y vulnerabilidad que afrontan. Desde esa perspectiva, es necesaria la recopilación y el estudio de esta problemática, pues sin las investigaciones pertinentes no pueden generarse proyectos, políticas públicas y propuestas que atiendan de manera integral a estas poblaciones.

## CONCLUSIONES

Tras este diálogo documentado se evidencia la urgencia de abonar a la construcción de conocimiento especializado y contextualizado para el tratamiento y atención a mujeres que viven alguna adicción. Se muestra que el género es un factor que determina el inicio, desarrollo y posibilidad de tratamiento y rehabilitación.

Resulta imperativo generar propuestas que respondan de manera adecuada a las necesidades específicas de las mujeres adictas. Para ello, se necesita comprender desde la complejidad el entramado de violencias culturales y estructurales que son alimentadas por el sistema patriarcal. Solo desde la perspectiva de género será posible el diseño de estrategias de prevención y tratamiento hacia las adicciones, que no perpetúen las relaciones de dominación y sumisión que han actuado en detrimento de la mujer; que reconozcan que no hay un sujeto universal de “mujer”, y que el género ha de ser leído en conjunto con temas de clase social, raza, edad, grupo étnico, etcétera; que cesen la reproducción de la violencia de género dentro de los espacios institucionales, académicos, y de atención y tratamiento a personas con adicción; y que apuesten por el desarrollo de la capacidad de agencia.

Destaca la importancia del acompañamiento a las mujeres con historias de vida fuertemente marcadas por la violencia física, psicológica, sexual e institucional, pues se ha evidenciado su relación con el consumo y abuso de sustancias, así como con relaciones familiares y de pareja que resultan base para el mantenimiento tanto de los abusos como de la adicción. El fenómeno de la codependencia es fundamental para la comprensión holística de las adicciones, sin embargo, se ha observado que más allá de los esfuerzos de la sociedad civil, hay muy poca información acerca del tema desde la *doxa* académica.

Se insiste en el pleno conocimiento de las aristas que componen el fenómeno de la adicción en las mujeres para pugnar por el acceso a servicios de salud, de atención y tratamiento, no masculinizados, no estigmatizantes, y de calidad. Se reitera como necesaria la recuperación y el estudio de las adicciones en diversas poblaciones de mujeres, puesto que el desconocimiento de las realidades imposibilita la generación de políticas públicas pertinentes y eficaces.

Para finalizar, es importante reconocer las limitantes del presente diálogo documentado. La mayoría de los textos consultados parten de una visión binaria del género. Al contrastar diferencias entre las adicciones en “hombres” y “mujeres” (cisgénero), se corre el riesgo de invisibilizar las experiencias de la comunidad LGBTI+, y en particular, de las personas trans, no binarias e intersexuales. Por lo que se considera indispensable abrir el diálogo para la comprensión de las adicciones desde estos grupos poblacionales.

## REFERENCIAS

- Alonso, M. M., Álvarez, J., López, K., Rodríguez, L., Alonso, M. T. & Armendáriz, N. (2011, 18 de agosto). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114. <https://bit.ly/2TF9MNs>
- Alonso, M. M., Caufield, C. & Gómez, M. (2005, noviembre-diciembre). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, NL, México. *Latino-Americana de Enfermagem*, 13(número especial), 1155-1163. <https://era.library.ualberta.ca/items/9985c76a-7b0c-4980-87ce-489a73de6d96/view/0084a4d2-f8db-45e4-ae2f-90e35f0b3fb1/v13nspe2a09.pdf>
- Alonso, M. M., Musayon, F., Scherlowski, H. & Gómez, M. (2006, abril). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 155-162.
- Arostegui, E. & Urbano, A. (2004). *La mujer drogodependiente: especialidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto.

- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005a). Aspectos diferenciales de la mujer adicta. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 9–13). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005b). Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas en la mujer. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 15–36). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005c). Perfiles de mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 39–41). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de la Cuesta, S., López, M. C., Rodríguez, M., Sánchez, S. & Zulaica, B. (2005d). Aproximación a un modelo de intervención. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 45–61). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Bishop, A. (1994, 1 de marzo). La mujer y la adicción al alcohol. *Addictus*, No.1, 23–26.
- Boo-Vera, D., Martínez-Torres, J. & Montesinos-Balboa, J. (2010, abril-junio). Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 11(2).
- Briere, J. & Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child abuse* (pp. 85–99). Sage.
- Castillo, A., Llopis, J., Rebollida, M., Fernández, C. & Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. *Salud y Drogas*, 3(2), 37–60. <https://bit.ly/2SlfB2h>
- Carrillo, E. (2012, enero-abril). ¿Vinculadas al narco?: Mujeres presas por delitos contra la salud. *Desacatos*, No.38, 61–72.
- Castillo, P. & Gutiérrez, A. (2008, septiembre-octubre). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(5), 351–359.
- Chait, L. & Zulaica, B. (2005, junio). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*, 7(2), 104–113. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74515-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74515-3)
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016–2017*. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Cortaza, L. & Villar, M. (2008). Surge en mí otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 693–698.
- Cravioto, P., De la Rosa, B. & García-de la Torre, T. (1998). Las adicciones en la mujer. *Gaceta Médica de México*, 134(2), 257–260.
- Cravioto, P., Medina-Mora, M., Peláez, I., Robles, R. & Romero, M. (2011). El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 221–250). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Degrott, G. & Gottsbacher, M. (2003). Mujeres y drogas: un enfoque gestáltico. *Revista LiberAddictus*, No.69, 1–13.



- Del Carmen, M. & Permy, B. (2017, 1 de enero). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57482>
- Del Pozo, F. J. (2015). Prevención y tratamiento en el ámbito penitenciario: las mujeres reclusas drogodependientes en España. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, No.26, 173-199. [https://dx.doi.org/10.7179/PSRI\\_2015.26.07](https://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2015.26.07)
- Esquivel, G., Ortiz, L. & Ortiz, R. (2012, abril-junio). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47-58. <https://bit.ly/3pHO2wr>
- Ettorre, E. (1996). ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer. En S. Wilkinson & C. Kitzinger, *Mujer y salud, una perspectiva feminista* (pp. 97-114). Paidós Contextos.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., Bretón, M., Oliva, N., Bustos, M. & Brambila, M. (2011). Consumo de alcohol y drogas en la población femenina: un análisis de los componentes sociales y de género a través de las encuestas nacionales. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 193-220). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Flores-Ramos, M. (2012). Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 26(3), 169-171.
- Fuentes, P. (2011). Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 266-290). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Galaviz, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.722>
- Galván, J. & Marín-Navarrete, R. (2011). Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelos de tratamiento. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 160-178). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Gómez, J., Clari, E. & Saiz, A. (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia*, 6(2), 151-163.
- Gómez, J., Valderrama-Zurián, J., Girva, T., Tortajada, S. & Guillot, J. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones*, 20(3), 237-244.
- González, J. (2015). *Factores estresores y de ansiedad en el consumo de tabaco en estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social en UNAM*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina-Mora, M. E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24(6), 55-61.
- Haller, D. L. & Miles, D. R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 269-286. <https://bit.ly/3coLAWj>
- Hernández, J. & Galván, J. (2011). La mirada hacia el consumo de alcohol y drogas en las jóvenes en cuatro décadas de investigación. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 71-82). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

- Hernández, M. & Villar, L. M. (2008, diciembre). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Escola Anna Nery*, 12(4), 807–812. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400028>
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol, and incest: an analitical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253–268.
- Jacobson, J. L. & Jacobson, S. W. (1994). Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development, where is the threshold? *Alcohol Research & Health*, 18(1), 30.
- Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones*, 16(2), 131–159.
- Kandall, S. R. (1996). *Substance abuse and shadow. Women and addiction in the United States*. Harvard University Press.
- Leal, I., Molina, T., Peralta, E. & Sáez, R. (2020, febrero). Salud sexual y salud reproductiva en mujeres jóvenes con consumo de sustancias en Chile según datos de la VIII encuesta nacional de la juventud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(1), 24–35. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100024>
- Llinares, M., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I. & Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones*, 18(4), 371–376.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5(2), 137–157.
- López, E. & Pérez, M. (2006). Alcohol y mujeres. *Liberaddictus*, No.93, 9–11.
- López, M. C. (2005). Valoración e intervención en las diferentes áreas. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp.49–79). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Macleod, C., Matebese, S. & Tsetse, N. (2020). “I drank because i wanted to deal with the frustration”: explaining alcohol consumption during pregnancy in a low–resource setting–women’s, partners and family members’ narratives. *Social Work*, 56(1), 88–96. <https://dx.doi.org/10.15270/52-2-792>
- Maffia, D., Colace, P. & Lerena, S. (2011, septiembre). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. *Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones*, 1–52.
- Maier, S. E. & West, J. R. (2001). Drinking patterns and alcohol–related birth defects. *Alcohol Research & Health*, 25(3), 168–174.
- Marín–Navarrete, R., de la Fuente, A., Cano, G., Villalobos, L., Bucay, L., Larios, L. & Ambriz, A. (2015, julio–diciembre). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 41–49. <https://doi.org/10.28931/riiad.2015.1.06>
- Marín–Navarrete, R., Templos, L. & Larios, L. (2011). Codependencia: una revisión de sus distintas aproximaciones en México. En M. Romero, M. E. Medina–Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 127–159). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Márquez, L. & Lorenzo, A. (2006). *Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género*. Asociación Êthos; Centro de día para la rehabilitación integral de las dependencias; Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales; Universidad de Barcelona.
- Martínez, P. (2009). Extrañándonos de lo “normal”. H. y Horas.

- Medina-Mora, M. E. (2011). Introducción. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 13-18). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rsafful, C., Gutiérrez, M., Moreno, M., López, M. & Rodríguez Ajenjo, C. (2011). *Mujeres y adicciones*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E. & Rojas Guiot, E. (2003). Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(4), 230-244. <https://bit.ly/3gpeHKp>
- Meneses, C. (2006). Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica. *Trastornos adictivos*, 8(4), 261-275. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097306751327>
- Najavits, L. M., Rosier, M., Nolan, A. L. & Freeman, M. C. (2007). A new gender-based model for women's recovery from substance abuse: results of a pilot outcome study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), 5-11. <https://doi.org/10.1080/00952990601082597>
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora, M., Solís-Rojas, L. & Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.
- Orte, C. (1998). Sexualidad, mujer y drogodependencia. *Revista de Proyecto Hombre*, No.26, 7-12.
- Ortíz, P. & Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, No.64, 121-144.
- Paéz, F. (2011). El consumo de drogas en el embarazo en México. Énfasis en el alcohol. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 117-126). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Palop, M. (2000). Mujer y drogas. *Papeles del Psicólogo*, No.75, 53-55.
- Peña, J. & Matute, E. (2010, enero-abril). Consumo de alcohol en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, entre 1991 y 1998. *Espiral (Guadalajara)*, 16(47), 211-229.
- Pérez, A. & Correa, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas. *Liberabit*, 17(2), 211-222.
- Poole, N. & Hanson, G. (2008). Improving treatment and support for Yukon girls and women with substance use problems and addictions. Government of Yukon.
- Ramírez, L. & Luís, M. (2008). Surge en mí otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 693-698.
- Ramos, L. (2001). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *LiberAddictus*, 1-9.
- Rodríguez, E., Gutiérrez, R. & Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. *Salud Mental*, 26(5), 73-81.
- Rodríguez, E., Vega, L. & Gutiérrez, R. (2011). Consumo de drogas en trabajadoras sexuales, niñas de calle, migrantes e indígenas. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 83-100). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M. (2011). Reflexiones desde una perspectiva de género. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 19-36). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Galván, J., Martínez, M. & Rodríguez, E. M. (2011). Barreras a tratamiento que enfrentan las mujeres: una aproximación económica y ética. En M. Romero, M. E. Me-

- dina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 251-265). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Gómez, C. & Medina-Mora, M. E. (1996). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social* [Reunión del grupo de consulta de la CICAD sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia. Seminarios en el Cono Sur sobre la Mujer y las Drogas y la Familia y las Drogas, Montevideo, Uruguay].
- Romero, M., Medina-Mora, M. E. & Rodríguez, C. J. (Eds.) (2011). *Mujeres y adicciones*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand-Smith, A. & Aguilera, R. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con poblaciones ocultas. Primera Parte. *Salud Mental*, 26(6), 76-83.
- Romero, M., Rodríguez, E. & Campillo, C. (1999). Significados culturales de las adicciones: de la distancia a la búsqueda de trascendencia y sentido. *Salud Mental*, No.22, 138-144.
- Romero, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. & Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud mental*, 33(6), 499-506.
- Romero, M. & Martínez, M. (2011). Mujeres, prisión y drogas. En M. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y adicciones* (pp. 101-116). Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Romo, M. N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres.
- Sánchez, R., Pérez, V., Rodríguez, S., Arellanez, J. & Ortiz, R. (2006) El consumo de drogas en migrantes desde una perspectiva de género. Un estudio exploratorio. *Región y Sociedad*, 13(35), 131-164.
- Sánchez, S. (2005). Actitudes del terapeuta y del equipo interdisciplinar en Mujer y adicción. En C. Mosteiro & M. Rodríguez (Eds.), *Mujer y adicción* (pp. 45-48). Instituto de adicciones Madrid Salud.
- Silva, F. & Ferreira, C. (2020, 20 de febrero). Alcohol and other drug use, and mental distress in the women's universe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0268>
- Simonelli, A. & Calvo, V. (2003). Comunidades terapéuticas para madres drogadictas con hijos. *Adicciones*, 15(2), 165-176.
- Singer, M. I., Bussey, J., Song, L. & Lunghofer, L. (1995). The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work*, 40(1), 103-113.
- Teixeira Santos, J., Perruci, L., Priolli, N., Pires, Z., de Souza, J., dos Santo, M. & Pillon, P. (2019, diciembre). Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl. 3), 178-183. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0399>
- Testa, M., Vanzile-Tamsen, C. & Livingston, J. (2004). The role of victim and perpetrator intoxication of sexual assault outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(3), 320-329.
- Van den Bergh, N. (1991). *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Company.
- Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M., Martín, J. & Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226.