



Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias

Gender perspective in the intervention in drug addictions

Katherin Rojas-Espínola

Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago

Jenny Cubells Serra

Universidad Autónoma de Barcelona

Maite Tudela Marí

Federación Catalana de Drogodependencias

Resumen

En este artículo realizamos una revisión sobre la intervención con perspectiva de género en materia de drogodependencias. De la revisión bibliográfica que realizamos se desprende que la perspectiva de género se entiende y aplica principalmente a programas específicos para mujeres con problemas de drogas. Los resultados sugieren que la perspectiva de género ha sido poco desarrollada en el contexto de las drogodependencias, por lo que no existe una operacionalización de cómo aplicarla en los programas y es muy frecuente asociar este concepto a programas diseñados específicos para mujeres. Por esta razón, las políticas públicas carecen de transversalidad en perspectiva de género y su implementación en programas/intervenciones cuesta que perdure en el tiempo. De todas formas, existen avances en la caracterización del perfil de las mujeres drogodependientes y en la descripción de prácticas que están resultando efectivas.

Palabras clave: **Perspectiva de género; Mujeres; Madres; Intervención en drogodependencias**

Abstract

In this article, we review the intervention from a gender perspective in the field of drug dependence. From the bibliographic review we carried out, it is clear that the gender perspective is understood and applied mainly to specific programs for women with drug problems. The results suggest that the gender perspective has been little developed in the context of drug dependence, so there is no operationalization of how to apply it in programs, and it is very common to associate this concept with programs designed specifically for women. For this reason, public policies lack gender mainstreaming, and its implementation in programs/interventions is difficult to sustain over time. Nevertheless, progress has been made in the characterization of the profile of drug-dependent women and in the description of practices that are proving to be effective.

Keywords: **Gender perspective; Women; Mothers; Drug dependence intervention**

ANTECEDENTES

Uno de los principales problemas de salud pública que aqueja a la sociedad mundial es el consumo de alcohol y drogas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). En América, se encuentra entre los 10 factores principales que contribuye a la pérdida de años de vida saludable (Organización mundial de la salud [OMS], 2020). Si bien el consumo es mayoritario en hombres, la diferencia de las prevalencias entre hombres y mujeres es cada vez más estrecha (Escudero, 2019; Silva et al., 2021). Incluso, en algunas drogas (alcohol, tabaco y psicofármacos) el consumo se ha revertido, siendo liderado por mujeres (Escudero, 2019); sin embargo, los tratamientos no reflejan esta situación (Gueta, 2017; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). En Cataluña, del total de ingresos a *inicios de tratamientos ambulatorio*, los hombres ocupan el 77 % de las plazas v/s las mujeres que sólo alcanzan el 23 % (Generalitat de Catalunya, 2021), a pesar de que las mujeres tienen mayores índices de motivación al tratamiento (SENDA, 2018 en Díaz et al., 2021).

Resulta complejo cuantificar a las mujeres drogodependientes, por ser una problemática que se invisibiliza (Cantos, 2016). En España, de las personas que inician tratamiento por su adicción, alrededor de un 15 % son mujeres y un 84 % son hombres (Observatorio Nacional de Drogas, 1998, 2010, 2013, en Márquez y Lorenzo, 2016). Los tratamientos son homogéneos, sin distinciones de género (Díaz et al., 2021); aunque la adicción en hombres y mujeres se presenta con patrones de consumo y problemáticas comórbidas distintas (Márquez y Lorenzo, 2016). El tratamiento diferencial es casi inexistente y en los estudios sobre drogas, escasea el enfoque de género que recoja la evolución de las mujeres y sus características (Arana y Germán, 2005; Pascale, 2010).

Los patrones de consumo de las mujeres se parecen cada vez más al de los hombres, no obstante, ellas siguen perpetuando estrategias determinadas por sus roles de género (Romo, 2010; Silva et al., 2021). Raquel Cantos (2016) menciona que la socialización de género implica mayor conciencia sobre los riesgos y mayor actitud de entendimiento sobre la problemática del consumo de drogas, lo que las lleva a desarrollar estrategias de control y reducción de daños (evitar mezclar sustancias, espaciar los consumos en el tiempo, evitar consumo solitario públicamente); es decir, ellas tienen una percepción diferente del daño que los hombres (Escudero, 2019).

Por lo tanto, los métodos y el diseño del tratamiento requerirían de un modelo que tenga en cuenta estas particularidades (Instituto de La Mujer, 2007, en Arbelo y Puyol, 2015; SENDA, 2018, en Díaz et al., 2021), lo cual implicaría una intervención psicológica diferente (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Trabajar con perspectiva de género permite analizar las problemáticas de las mujeres,

considerando sus condiciones de vida (Esquivel et al., 2012), motivaciones, consecuencias, factores que las mantienen en la adicción, así como las formas de adquisición de la sustancia y soporte familiar (Jeifetz y Tajer, 2010 y Romo, 2010). Más aún, permite comprender cómo los mandatos de género cumplen un papel fundamental en los efectos psicosociales que el consumo de drogas puede tener sobre las mujeres y hombres (Cantos, 2016).

Si bien se identifica un aumento en la producción científica con perspectiva de género, la baja inscripción metodológica genera ausencia de transversalidad e inestabilidad en el tiempo en políticas y programas, así como mayor incorporación de los saberes prácticos que aquellos técnico-científicos en las prácticas profesionales (Schraiber y d'Oliveira, 2014). La escasez de criterios y estudios (controlados) que aporten resultados concluyentes sobre el uso de técnicas o utilización de sustancias particulares en mujeres que reflejen resultados eficaces (Del Pozo, 2005; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016) hace necesaria la búsqueda de consenso en los criterios metodológicos que ayuden a subsanar las deficiencias planteadas (Arana y Germán, 2005).

Como forma de facilitar la lectura, se propone la siguiente pregunta: ¿Qué aporta implementar la perspectiva de género en los programas de prevención, tratamiento y reinserción en el ámbito de las drogodependencias?, la cual busca responder al objetivo: conocer la aplicación de la perspectiva de género en las intervenciones en drogas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura disponible en intervenciones en drogas con perspectiva de género en las siguientes bases de datos: Scielo, Redalyc, Pubmed, Dialnet y Google Académico. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: tratamiento, rehabilitación, adicción, atención, drogas, sustancias, drogodependencias, perspectiva de género, enfoque, género, mujeres, madres, embarazadas y comunidad terapéutica (ver tabla 1).

Se consideraron dos criterios al momento de desplegar la búsqueda¹. El primero fue seleccionar artículos entre los años 2004-2021, con el objeto de resaltar investigaciones vigentes y disminuir sesgos de temporalidad. Como segundo crite-

¹ Esta búsqueda se realizó en dos momentos. La primera, implicó la utilización de palabras claves que más específicas sobre el tema: Perspectiva de género, tratamiento de rehabilitación, adicción y drogodependencias. No obstante, teniendo en consideración que existen pocas publicaciones que aborden esta problemática específica, se amplió la búsqueda, incluyéndose palabras claves como: maternidad, mujeres, madre, hombre, atención en salud y profesionales de salud. Además, se buscaron nuevas combinaciones para ampliar la emergencia de artículos.

rio, se propuso analizar una cantidad de 15 artículos para disminuir sesgo de publicación. Se encontraron 33 artículos que cumplían con los criterios antes mencionados.

En la tabla 1 se puede apreciar la combinación de términos ingresados en cada buscador. El total de artículos encontrados en una primera instancia corresponde a 1859. Sin embargo, en una segunda instancia, mediante la lectura de los títulos o resúmenes, se descartan aquellos que no incluyen las palabras claves o que su combinación no apunta al objetivo del estudio, descartándose todos los que no se abordan el consumo de drogas y género. Se eliminan un total de 1.800 artículos. De los 59 artículos preseleccionados, se leen de forma extensa y se descartan 26 artículos porque no abordan de forma directa el consumo de sustancias, intervenciones en drogas y género. Finalmente, se selecciona un total de 33 artículos con los que se trabajan los resultados, los cuales tratan directamente el cruce del consumo, intervenciones en drogas y género/mujeres/embarazadas/madres.

Búsqueda de artículos

La tabla 1 detalla las bases de datos y términos utilizados, así como artículos totales encontrados y los seleccionados.

Tabla 1. Búsqueda de artículos

Base de datos	Términos utilizados	Total	Selecc.
Redalyc	Perspectiva de género OR género AND atención OR tratamiento OR rehabilitación OR comunidad terapéutica AND drogas OR sustancias OR adicción OR drogodependencias AND mujeres OR madre OR embarazada	235	6
Scielo	(Perspectiva de género) AND (tratamiento) AND (drogas) OR (adicción) OR (drogodependencias) AND (mujeres)	64	2
	uso de drogas OR dependencia a drogas AND perspectiva de género AND mujer OR madre	18	3
	(maternidad) AND (consumo de drogas)	6	1
	(perspectiva de género) AND (atención en salud) AND (atención OR tratamiento)	175	1
Dialnet	(perspectiva de género) AND (salud) AND (profesionales de salud)	104	2
Dialnet	Perspectiva de género AND drogas	266	2
Pubmed	((gender perspective) AND (drug)) AND (woman))	397	3
	((gender perspective) AND (rehabilitation AND drug addiction)) AND (woman))	14	1
Google Scholar	(Perspectiva de género) + (atención O tratamiento O rehabilitación O comunidad terapéutica) + (drogas O sustancias O adicción O drogodependencias) + (mujeres O madre O embarazada) + (hombres)	755	5
Pre-seleccionados		59	26
Revisión de referencias de artículos seleccionados			8
Totales		1859	33

RESULTADOS

Los resultados surgen a partir del procedimiento análisis de contenido temático, el cual se realiza mediante la lectura extensa de los artículos, guiado por el objetivo del estudio. De los 33 artículos utilizados, se puede señalar que la mayor parte de ellos proviene de países iberoamericanos, 14 son de España, 1 de Portugal, 3 de Chile, 2 de Argentina, 1 de Uruguay, 3 de México, 5 de Brasil, 1 de Colombia, 1 de Bélgica, 1 de Alemania y 1 de Israel.

Más de la mitad de los artículos (19) se centran en mujeres y los otros 14 en la población general, ninguno de ellos aborda solo a hombres. 7 revisan las características de la población consumidora, 7 abordan la perspectiva de género en intervenciones en drogas, 9 se centran en evaluar problemas de acceso y adherencia a los tratamientos, 4 exploran las condiciones ambientales de las personas que consumen drogas, 6 analizan la maternidad de esta población y 1 examina el estigma en las mujeres.

Sobre lo revisado, se extraen tres categorías principales con sus respectivas dimensiones y sub-dimensiones, que se presentan a continuación.

Características de las mujeres drogodependientes

Daños asociados a la adicción

Existen tres daños asociados a la adicción en la mujer. En primer lugar, se encuentran los *daños fisiológicos*. Las mujeres consolidan en menor tiempo la dependencia a las sustancias y con mayor severidad que los hombres (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Esto ocurriría porque físicamente son más vulnerables a los efectos de las drogas (Cardoso et al., 2020); por diferencias hormonales, acumulación de grasa, menor retención de agua, o por la absorción y efecto acumulado (Cantos, 2016). Suponen una rehabilitación más compleja (Márquez y Lorenzo, 2016) y un pronóstico menos ventajoso respecto a los hombres (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), ya que ingresan a rehabilitación con mayor deterioro, mayor incidencia de VIH, psicopatologías asociadas, alto riesgo de suicidio y mortalidad y mayor propensión a las recaídas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

En segundo lugar, se observan los *daños emocionales*. En el plano de la salud mental, en ellas se encuentra una alta prevalencia de historia de maltrato (psicológico, emocional o físico), violencia de género (Covington, 2008, en Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Gueta, 2017) y abusos sexuales (Llort et al., 2013). Además, se aprecia baja autoestima, lo que las deja en una posición vulnerable, ocasionando, muchas veces, conductas autodestructivas (Márquez y Lorenzo, 2016).

Las mujeres sufren al momento de pedir ayuda, por sentimientos de culpa y vergüenza asociados al hecho de ser adictas (Gueta, 2017; Schamp et al., 2020). Estos sentimientos conllevan desesperanza, aislamiento social, sentimientos de impotencia y miedo al estigma social, en especial cuando son madres (Hansen et al., 2020), por la posibilidad de pérdida de la custodia de sus hijos/as (Llort et al., 2013).

Existe mayor detección y diagnóstico de trastornos mentales como depresión, ansiedad con ataques de pánico y estrés postraumático (Aristizábal et al., 2016). Estos datos describen una anormalidad asociada más a las mujeres, mostrando una mirada androcéntrica y patriarcal que invisibiliza a los hombres de anormalidades y focaliza a las mujeres como patológicas, descalificándolas psicológicamente (Cantos, 2016).

Finalmente, se visualizan los *daños sociales*. En las mujeres drogodependientes, las relaciones sociales se encuentran más afectadas y son más perjudiciales, puesto que casi no tienen amistades o están atravesadas casi en su totalidad por las drogas (Cantos, 2016). Presentan problemas o rechazo de familiares o pareja (Cardoso et al., 2020) al entrar en conflicto con los mandatos de género (Escudero, 2019; Esquivel et al., 2012; Silva et al., 2021). Esta problemática las sitúa en una posición de desamparo y menores recursos para afrontar la adicción (Cardoso et al., 2020), incluyendo los servicios de salud (Cardoso et al., 2020; Esquivel et al., 2012; Schamp et al., 2020). Por esta razón, tienden a negar o esconder su consumo (Márquez y Lorenzo, 2016; Schamp et al., 2020; Silva et al., 2021).

El estigma es mayor en las mujeres (Márquez y Lorenzo, 2016; Jara-Concha y Cumsille, 2019; Schamp et al., 2020; Silva et al., 2021), quienes son doblemente estigmatizadas: porque consumen drogas y porque este comportamiento va en contra de lo esperado para lo femenino (Esquivel et al., 2012; Llort et al., 2013; Silva et al., 2021). Márquez y Lorenzo (2016), proponen una doble y triple criminalización, esto es, por ser adicta, por no encajar en lo que se piensa de una buena madre, hija o esposa y porque se autocriminaliza, haciendo que las mujeres se demoren en la demanda de ayuda.

El estigma también es potenciado por las instituciones de infancia, quienes actúan más rápido en la retirada de la custodia de los/las hijos/as y se produce con mayor frecuencia en las mujeres toxicómanas, que cuando el trastorno de adicción lo padece el padre (Márquez y Lorenzo, 2016). El estigma hacia ellas se extiende socialmente, repercutiendo, incluso, en los propios usuarios de drogas, quienes reportan su preferencia por parejas femeninas libre de drogas (Romo, 2010; Silva et al., 2021).

Dificultad de inicio, adherencia y abandono del tratamiento

Les dificulta iniciar tratamiento: la baja autoestima (afecta a sus habilidades para buscar ayuda) (Gilchrist et al., 2012), el escaso apoyo familiar (Núñez y Rendón, 2012), anteponer el cuidado de la familia, hogar e hijos/as (Márquez y Lorenzo, 2016; Schamp et al., 2020), así como el miedo a perder la custodia de sus hijos/as (Gueta, 2017; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Schamp et al., 2020).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento se ve afectada al sentirse juzgadas por profesionales o usuarios/as (Márquez y Lorenzo, 2016), el largo tiempo de espera para ingresar a un tratamiento, falta de flexibilidad de los centros, escasa frecuencia de las atenciones (Gilchrist et al., 2012), accesibilidad geográfica (Cardoso et al., 2020; Gilchrist et al., 2012), y excesiva burocracia (Cardoso et al., 2020).

En muchas ocasiones, las mujeres abandonan los tratamientos, influenciadas por demandas que se relacionan con su rol de género como amas de casa, madres y esposas (Galaviz, 2015; Jeifetz y Tajer, 2010 y Núñez y Rendón, 2012); en especial, cuando consideran que se encuentran en peligro sus relaciones afectivas (Arana y Germán, 2005; Cantos, 2016; SENDA, 2016, en Díaz et al., 2021).

Aspectos para considerar en el tratamiento con mujeres

Mujeres

Se reconocen cuatro elementos que se debieran contemplar en el tratamiento dirigido hacia las mujeres con adicción. Por un lado, se debiera desarrollar un *espacio de confianza*. Olivia Ashley et al. (2003) concluyen que incluir contenidos orientados a cubrir sus necesidades y a establecer un clima de confianza mejora las tasas de adherencia y promueve la obtención de resultados positivos (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). También, enfocarse en que las mujeres puedan compartir sus experiencias y sentirse escuchadas entre iguales (Gueta, 2017; Llord et al., 2013). A su vez, tienen mejores resultados terapéuticos los/las profesionales que buscan vincularse con las usuarias de forma profesional y personal, manteniendo relaciones cercanas y de confianza, con enfoque relacional (Bacigalupo et al., 2013).

Por otro lado, se destaca el rol de los *vínculos afectivos*. A pesar de que los lazos no sean positivos o las redes de apoyo familiar sean casi inexistentes (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), se aprecia lo relevante que son estos vínculos para ellas. Raquel Cantos (2016) propone esto como una respuesta a un mandato (de género) de la necesidad de conexión y comunicación.

Además, se debiese considerar o una *intervención mixta o separación con base en el sexo*. El 20 % de las mujeres se encuentran en programa específico, el cual se vuelve necesario cuando se presenta la tríada: depresión, sentimientos de soledad y baja autoestima (Blanco et al., 2005), o en los casos en que existe menor capacidad de autonomía e iniciativa en la toma de decisiones (Blanco et al., 2005). Si bien no existe acuerdo acerca de la eficacia comparativa entre tratamiento individual/grupal o grupos de mujeres/mixtos, sí existe consenso sobre que las mujeres deben tener la oportunidad de explorar temáticas que le puedan ser difícil plantearlas con pacientes masculinos, por lo que proponer espacios individuales o grupales solo para mujeres sería un acierto (Romero et al., 1997 en Hansen et al., 2020; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

En último lugar, se reconoce la necesidad de fomentar el *empoderamiento* mediante: (a) *concienciación género*: deberían contemplar: feminidad, estigmatizaciones en torno a sexo y género (Arana y Germán, 2005; Escudero, 2019; Urbano y Arostegi, 2004), abordar el sexismo y sus consecuencias (Romero et al., 1997, en Hansen et al., 2020), incluir el análisis de roles de género (Escudero, 2019), analizar las relaciones de pareja y proyecto vital, analizar problemas de salud y favorecer su empoderamiento (Mittag y Grande, 2008). Edith Aristizábal et al. (2016) suman abordar autoestima y ciclos de la violencia contra la mujer; (b) *fomento habilidades*: se propone trabajar las habilidades para enfrentar condiciones adversas (Del Pozo, 2005). Generar autocuidado y autodeterminación (Schraiber y d`Oliveira, 2014); una vida independiente y con conciencia de sus potencialidades y posibilidades (Llort et al., 2013). Aurora Urbano y Elisabete Arostegi (2004) incluyen trabajar control de impulsos, habilidades sociales, codependencia y bidependencia (en Arana y Germán, 2005). Reconocer signos tempranos de recaída y generar estrategias de evitación y enfrentamiento (Bacigalupo et al., 2013); o (c) *reinserción social*: la reinserción se contempla en dos ámbitos: laboral y social. Brindar a las mujeres drogodependientes acceso, adherencia y tratamiento en un proceso terapéutico, implica también reinsertarlas laboralmente (Arana y Germán, 2005; Arbelo y Puyol, 2015; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Por otra parte, los vínculos sociales positivos se consideran un factor protector para la abstinencia (Bacigalupo et al., 2013); que pueden contribuir en revertir la marginación social y la percepción negativa del entorno (Núñez y Rendón, 2012).

Familia, pareja e hijos/as

La *maternidad* funda la necesidad de recuperar el vínculo perdido o suspendido con los/as hijos/as, para así reparar esta ausencia (Arana y Germán, 2005; Castilla y Lorenzo, 2012). Ellas tratan de imitar lo que consideran como “buena maternidad” y también crean nuevos sentidos (Castilla y Lorenzo, 2012). Por

ello, la necesidad de que haya contacto permanente con los/as hijos/as (Hansen et al., 2020). Lamentablemente, existen pocos centros con recursos de cuidados y atención de sus hijos/as (Arana y Germán, 2005). De ahí la necesidad de contar con tratamientos específicos que consideren el embarazo, el cuidado de los/las hijos/as, la salud y la nutrición (Arana y Germán, 2005; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Urbano y Arostegi, 2004).

La *atención sanitaria y psicológica* como una estrategia de vinculación y motivación de las mujeres a los tratamientos, se propone la evaluación y el tratamiento a los miembros de su familia (parejas que consumen alcohol y drogas, hijos/as con síndrome alcohólico fetal) (Romero et al., 1997 en Hansen et al., 2020). Con relación a los hijos/as, ha resultado efectivo que los programas cuenten con profesionales competentes en el trabajo con ellos/as. De esta manera, el centro se debe adaptar también a las necesidades de los/las niños/as, como las necesidades sanitarias, de aprendizaje y de juego, entre otras (Bacigalupo et al., 2013).

El *fomento de red de apoyo* se considera que, tanto los programas como las usuarias, mantengan una comunicación fluida con las familias (Bacigalupo et al., 2013; Gilchrist et al., 2012), puesto que se buscan recursos y apoyos para preparar el momento de egreso de la usuaria (Bacigalupo et al., 2013). Las redes de apoyo social (amistades, vecinos/as), pueden ser un gran sostén moral y afectivo (Gilchrist et al., 2012; Núñez y Rendón, 2012). De esta manera, se persigue reestablecer la participación como un factor protector y que sean capaces de solicitar ayuda (a personas cercanas o instituciones) (Bacigalupo et al., 2013; Cardoso et al., 2020).

Programas y prácticas profesionales con perspectiva de género

Capacitaciones

Para mejorar el ejercicio profesional, se podría sensibilizar y formar en perspectiva de género (Aristizábal et al., 2016; Del Pozo, 2005; Silva et al., 2018). Los/as profesionales debiesen tener en consideración las formas de construcción de subjetividades femeninas y masculinas, así como las dimensiones para la adherencia al tratamiento según género, criterios de ingreso, tiempo de permanencia en el servicio, criterios de alta del tratamiento, accesibilidad simbólica de los pacientes, tipo de tratamiento recibido, formas de resolver problemáticas, formas de consumo y apoyo familiar (Jeifetz y Tajer, 2010).

Igualmente, se recomienda realizar supervisiones a largo plazo para instituir y mantener una actitud no sexista durante el tratamiento (Romero et al., 1997, en Hansen et al., 2020). Ester Valls et al. (2012) proponen formación en pers-

pectiva de género, con énfasis en los profesionales hombres. Las profesionales mujeres le dan más relevancia y aplican más la perspectiva de género (Silva et al., 2018; Valls et al., 2012).

Supervisión

Es necesario fomentar espacios de reflexión en los/as profesionales para que puedan asumir cambios de actitudes e introducir nuevos modelos de tratamiento (Arana y Germán, 2005). De esta forma, se promueve desmontar actitudes negativas hacia las mujeres drogodependientes (Del Pozo, 2005), destacando la dimensión social como un aspecto que influye en el diagnóstico y tratamiento, así como estigma y prejuicios sobre comportamientos adictivos (Galaviz, 2015). Por ejemplo, profesionales que no consideran estos factores, atribuyen el abandono de tratamiento como desmotivación o falta de compromiso (Núñez y Rendón, 2012).

Acciones efectivas

En el tratamiento con mujeres debe ser prioritario abordar lo psico-afectivo y lo relacional (Arbelo y Puyol, 2015). Posiblemente, las terapias más eficaces son aquellas con actitud de apoyo, de tipo cognitivo-conductual, motivacional y no confrontativas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Aquellas que tienen una acogida positiva que evite la estigmatización social y reduzca el abandono del tratamiento de las mujeres drogodependientes o el abandono de los cuidados de su embarazo (Del Pozo, 2005).

Un programa de rehabilitación que trabaje con perspectiva de género debiese considerar la condición de “ser mujer” de las pacientes y otras expresiones de género, y su posición en la sociedad (Mittag y Grande, 2008). Comprender estos factores en el tratamiento da una mirada más holística para que puedan abandonar el consumo problemático (Bacigalupo et al., 2013; Mittag y Grande, 2008). Asimismo, se recomienda revisar los programas o modelos de tratamientos (Mittag y Grande, 2008).

Actualmente, el modelo que se propone en los centros contrasta enormemente con los estilos de vida real de las mujeres y cuanto más rígido es el modelo terapéutico, se reduce más el margen de impacto (Galaviz, 2015). También se recomienda flexibilizar el modelo (por ejemplo, consumir de manera más segura y moderada) (Llort et al., 2013) para mitigar el impacto a muchas mujeres que no cumplen abstinencia.

DISCUSIONES

De acuerdo con la revisión de los resultados, se pueden pensar algunos lineamientos de intervención de trabajo con población específica de mujeres. Al sumirse en las *características* propias de este grupo, se evidencia una población dañada tanto física como emocional o socialmente. Es por ello que pensar en un tratamiento implica posicionarse en una rehabilitación más compleja y con peor pronóstico que la población de hombres. No solo por el hecho de contar con más enfermedades y deterioros (*daños físicos*), sino por la frecuente falta de adherencia a los tratamientos. Sería necesario tener en cuenta el *daño emocional* (historia de maltrato, vulneración y patologizaciones de las que son objeto), porque pueden verse como características propias de ellas y no como una respuesta a las condiciones culturales, sociales, económicas a las que se ven expuestas. También, los *daños sociales* (relaciones sociales afectadas y el mayor estigma social), que las posiciona en mayor desamparo y soledad.

Así, las intervenciones deberían enfocarse en fomentar relaciones sociales sanas y construir un tejido social y familiar que las contenga y las cuide. Además, las intervenciones podrían visualizar nuevas formas de identificarse sin estigma (doble estigmatización y autocriminalización), fomentar redes que no criminalicen y que no generen victimización secundaria en relación con los mandatos de género, separando imaginarios sociales del consumo y de lo femenino y masculino.

Sobre las *dificultades de inicio, adherencia y abandono del tratamiento*, las acciones de programas podrían considerar tres áreas de intervención: factores individuales (autoestima, pedir ayuda), familiares (posicionar a la familia sobre sus propias necesidades) y sociales-institucionales (sentirse juzgadas, características de los centros), de forma tal que no se atribuya falta de motivación o irresponsabilidad, sino comportamientos propios del rol de género y sus consecuencias.

La segunda categoría, *aspectos a considerar en el tratamiento con mujeres*, en la primera dimensión –*mujeres*– se destaca la necesidad de un *espacio de confianza*, donde ellas no se sientan interpeladas o cuestionadas, puedan poner en contraste su propia experiencia con las de otras y se sientan escuchadas y acompañadas. También se recalcan los *vínculos afectivos* que las mujeres consideran significativos, independiente si son positivos (o no) o si son casi inexistentes.

Respecto del tipo de intervención exclusiva o no para mujeres (*intervención mixta o separación con base en el sexo*), sería interesante considerar aspectos sociales y culturales que disminuyen la imagen de las mujeres, devalúan sus po-

tencialidades y capacidades de autonomía. De esta forma, replicar aspectos macrosociales en instancias de tratamientos grupales o individuales, sería nocivo para las experiencias subjetivas de ellas.

En concordancia con lo anterior, se cree pertinente que las intervenciones se enfoquen en *empoderar* a las mujeres, lo cual podría realizarse a través de la concienciación de género, fomento de habilidades y reinserción social. Para poder llevar a cabo la *concienciación de género*, es necesario entregar una herramienta que permita revertir las consecuencias asociadas a los mandatos y roles de género. Poder representar la conciencia de género facilita la sensación de control, disminuye la sensación de incertidumbre y que exista mayor empoderamiento. Por otro lado, el *fomento de habilidades* permite aumentar las capacidades y la autoestima, la sensación de control de las situaciones, lo que les permite salir del rol de pasividad que, en general, se les adjudica. Por último, la *reinserción social*, permite fomentar y generar instancias de aproximación a la esfera pública (usualmente asociada a la figura masculina), permitiéndole actuar e incidir en su entorno, vincularse positivamente con los/as otros/as e identificarse como un agente activo. Esto facilita la emergencia de factores protectores que reduzcan o la alejen de la dinámica de consumo.

La segunda dimensión, llamada *familia, pareja e hijos/as* (de la categoría *aspectos a considerar en el tratamiento con mujeres*), contempla tres subdimensiones: maternidad, atención sanitaria y psicológica y fomento de red de apoyo. Las intervenciones deberían contemplar la *maternidad* como una parte constitucional de la identidad de las mujeres, incluir la atención de la díada madre-hijo/a, buscar conservar o recuperar este vínculo y validar nuevos sentidos de maternidad. Por su parte, la *atención sanitaria y psicológica* de los miembros de su familia pasan a ser prestaciones principales de su tratamiento (ya no secundarias). E intervenir *fomentando la red de apoyo*, se vuelve necesario cuando en ellas existe escasez de recursos sociales y familiares, por lo que robustecerlos sería una forma de preparar el escenario para sostener el proceso de tratamiento y mantener el cambio.

En cuarto lugar, en la categoría *programas y prácticas profesionales con perspectiva de género*, contempla tres dimensiones (*capacitaciones, supervisión y acciones efectivas*). *Capacitaciones* que les permitan formar en perspectiva de género, en especial, a la construcción de subjetividades femeninas y masculinas ligadas al consumo de sustancias y sus formas de respuestas. De esta manera, se señala que la persona profesional también se encuentra inserta en un contexto social y no está exenta de prejuicios y estigma sociales, por lo tanto, revisar sus conocimientos, creencias y actitudes serían necesario para evitar malas interpretaciones o conductas sexistas. Esta situación es preocupante,

aún más en profesionales hombres, quienes se encuentran menos sensibles a la temática de la perspectiva de género.

Por otra parte, pero siguiendo el lineamiento anterior, sería conveniente *supervisar* a los equipos de profesionales que trabajan con ellas de forma permanente, ya que las prácticas profesionales van más allá de los conocimientos, implican creencias y actitudes que se deben ir revisando constantemente. Tal como lo señalan los autores Xabier Arana e Isabel Germán (2005), se requiere de reflexión constante para poder hacer cambios. La idea de generar estos espacios de reflexión de profesionales se traduce en cambios en el trato hacia las mujeres, explicaciones de comportamientos o motivaciones sobre las mujeres ajustadas a su realidad, así como diagnósticos más precisos, entre otras.

Como última dimensión, se destacan las *acciones efectivas*, en las cuales se proponen intervenciones ligadas al trato hacia las mujeres, acogedor y libre de prejuicios y estigma. Sería pertinente abarcar desde la etapa prenatal en el caso de mujeres embarazadas, incluyendo distintos aspectos psicosociales, por ejemplo, contemplar la economía desigual de la que son parte. Proponer tratamientos flexibles, ajustados a sus necesidades de “ser mujer”, que se ajusten a sus realidades y estilos de vida, y entregue facilidades para iniciar, mantener y completar un tratamiento.

CONCLUSIÓN

El aumento de la problemática de drogas en salud ha generado en el último período un aumento de las investigaciones relacionadas con prevención, reinserción y tratamientos a personas drogodependientes con perspectiva de género. No obstante, la mayoría de los estudios hacen referencia a la diferencia epidemiológica entre mujeres y hombres, o para hacer descripciones de las características de las mujeres drogodependientes.

De esta manera, queda en evidencia la falta de estudios que corroboren determinadas afirmaciones que —en ausencia de datos y a falta de explicaciones desde la perspectiva de género— pareciera que perpetúan los estereotipos de género. Asimismo, se aprecia cierta tendencia a patologizar los perfiles femeninos de usuarias drogodependientes, puesto que, más que contar con datos basados en la evidencia, se dan por hecho reduccionismos científicos, evitando explicaciones más profundas desde una perspectiva de género. Por ejemplo, en el *Informe sobre los indicadores de inicios de tratamiento ambulatorio con o sin sustancia: año 2021*, se describe cómo la estigmatización y las actitudes despectivas del personal influyen en la elección del tratamiento y la decisión de comenzar a tratarse (Generalitat de Catalunya, 2021). Incluso, en artículos

que están desarrollados desde una perspectiva de género, se puede encontrar conceptos o afirmaciones que parecen estar exentos de la perspectiva, como lo es la dependencia emocional, codependencia o bidependencia.

Este aumento de la problemática de drogas también ha implicado la proliferación de planes o acciones de políticas públicas orientadas a responder las demandas, tal es el caso de Cataluña, que, en su Estrategia nacional sobre drogas, que busca mejorar el acceso de la población afectada y mejorar la aplicación de la perspectiva de género en sus programas (Gilchrist et al., 2012). Igualmente, un estudio de Cataluña busca promover la integración de la perspectiva de género en los tratamientos, ya que se ha comprobado que los centros que incluyen de forma integral esta perspectiva obtienen mejores resultados (Hansen et al., 2020).

En términos específicos, en tratamientos diseñados para mujeres drogodependientes, los resultados dan luces sobre qué aspectos se deben contemplar a la hora de apoyarlas. Comúnmente se describen características como daños físicos, emocionales y sociales a los que se ven expuestas, así como la desprotección y estigmas sociales de las que son víctimas. Es por ello por lo que comprender el papel que juega la socialización de género en las mujeres, y los mandatos asociados a ellas, es fundamental para contextualizar las características que se les adscriben en la literatura.

Existe menor proporción de ingresos a tratamientos, baja adherencia y frecuentes abandonos por parte de las mujeres drogodependientes, pero esta realidad responde a motivaciones, exigencias y prioridades asociadas al género femenino. No sería justo proponer que es solo falta de motivación, irresponsabilidad o pasividad, sino que existe una multiplicidad de factores asociados a su realidad subjetiva, social, cultural, económica, que impiden o dificultan su mejoría.

La perspectiva de género no es un concepto definido en consenso por expertos/as, pero existen elementos que se repiten y que pudiesen aportar un posible lineamiento de trabajo. Un primer elemento es que el trabajo debe darse en un clima de confianza para ellas, lo que implica evitar estigmas, establecer alianzas de confianza con el equipo de salud y con las otras usuarias y concientizar en género. Otro elemento implica incluir en los tratamientos no solo a las mujeres, sino también a sus familias e hijos/as, integrándolos activamente en el proceso, brindándoles atención sanitaria y psicológica y potenciándoles como red de apoyo efectivo y protegiendo el vínculo madre-hijo/a.

Finalmente, con relación a los centros y equipos de trabajo, se cree necesario promover generalizada y continuamente formación en perspectiva de género a

los/las profesionales, con el propósito de que modifiquen y reflexionen sobre sus prácticas, eviten potenciar roles o mandatos de género con la intervención diaria, se adecuen a las características de las usuarias y que precisen diagnósticos y tratamientos. No cabe duda de que estos acercamientos son un avance para promover equidad en salud, pero la perspectiva de género, aunque ya es un elemento que se considera en los diseños y aplicación de programas para avanzar en disminuir las desigualdades, todavía no es un concepto que se encuentre operacionalizado en los programas para poder integrarlo.

REFERENCIAS

- Arana, Xabier & Germán, Isabel (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos. San Sebastián: *EGUZKILORE*, 19, 169-215.
- Arbelo, Ahinoam & Puyol, Berta (2015). *Características socioambientales y familiares de las mujeres drogodependientes incluidas en el programa de mantenimiento con metadona en la UAD de OFRA*. Trabajo de fin de grado en Trabajo Social, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1009/Caracteristicas%20sociambientales%20y%20familiares%20de%20las%20mujeres%20drogodependientes%20incluidas%20en%20el%20Programa%20de%20Mantenimiento%20con%20Metadona%20de%20la%20Unidad%20de%20Atencion%20a%20las%20drogodependencias%20de%20Ofra..pdf?sequence=1>
- Aristizábal, Edith; Ríos, Ana & Del Pozo, Francisco (2016). Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Salud Uninorte*, 32(2), 256-267.
<https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8831>
- Ashley, Olivia; Marsden, Mary & Brady, Thomas (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(1), 19-53. <https://doi.org/10.1081/ada-120018838>
- Bacigalupo, Loreto; Poyanco, Cristina & Quaas, Cecilia (2013). *Evaluación Cualitativa del "Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas"*, del Centro de Tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología y al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
http://opac.pucv.cl/pucv_txt/Txt-0000/UCE0441_01.pdf
- Blanco, Pilar; Sirvent, Carlos & Palacios, Leandro (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2), 81-97.
- Cantos, Raquel (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias*. Fundación Atenea.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cardoso, Tais; Santos, Marcelo & Peres, Simone (2020). O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde Debate*, 44(3), 184-197. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e316>

- Castilla, Victoria & Lorenzo, Gimena (2012). Emociones en suspenso: Maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 36, 69-89.
- Del Pozo, Juan (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y drogas*, 5(2), 117-136.
- Díaz, Mónica; Palomino, Tamara; Quintana, Natalia; Palacios, Mónica & Aracena, Paulina (2021). Reflexiones desde las Terapias Ocupacionales desde el Sur: violencia estructural, derechos humanos y género en procesos de acompañamiento de mujeres durante el embarazo y maternaje. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2996. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctore2270>
- Escudero, Carlos (2019). Género y toxicodependencia, Una mirada interseccional. *Tareas*, 162, 107-126.
- Esquivel, Pascuala; Ortiz, María de la Luz & Ortiz, Raúl (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2), 47-58.
- Galaviz, Gloria (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.722>
- Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya, Sub-direcció General de Drogodependències (2021). *Informe sobre l'indicador d'inicis de tractament ambulatori amb o sense substància: any 2021*. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9309/informe_sobre_indicador_inicis_tractament_ambulatori_amb_sense_substancia_any_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gilchrist, Gail; Blazquez, Alicia; Pons, Alba; Coronado, Marta; Colom, Joan & Torrens, Marta (2012). *Barreres per a l'accés al tractament, segons el gènere, entre consumidors i consumidoras de substàncies que no busquen ni reben tractament. Un treball tècnic*. Departament de Salut: Generalitat de Catalunya. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Professionals/Perspectiva%20g%C3%A8nere/arxius/1091%20SGD%20informe_0205121_definitivo_edt_AM%20revisat%20amb%20marcadors.pdf
- Gueta, Keren (2017). A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug use among Israeli mothers: An intersectional perspective. *Social Science & Medicine*, 187, 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.031>
- Hansen, Gisela; Deus, Joan; Gutiérrez, Teresa & Limonero, Joaquín (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento* [Tesis doctoral sin publicar]. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/243186>
- Jara-Concha, Patricia & Cumsille, Francisco (2019). Actitudes de residentes urbanos hacia las personas con abuso de drogas en cinco distritos de la comuna de Concepción, Chile. *Texto Contexto Enferm.*, 28(Spe), e620. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-6-20>
- Jeifetz, Vanesa & Tajer, Débora (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en

- un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317-320.
- Llort, Antoni; Ferrando, Sara; Borrás, Tre & Purroy, Imma (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.01>
- Márquez, Lidia & Lorenzo, Andrés (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. En Domingo Carbonero, Esther Raya, Neus Caparros & Chabier Gimeno (Coords.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 1-16). Universidad de La Rioja. https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TCO25.pdf
- Mittag, Oskar & Grande, Gesine. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation - Die Genderperspektive. *Die Rehabilitation*, 47(2), 98-108. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1046757>
- Núñez, Guillermo & Rendón, Alejandro (2012). Género y adherencia al tratamiento: Mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México. *Cult. Drog.* 17(19), 205-236.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019*. Autor. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Pascale, Antonio (2010). *Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención*. MSP, Programa Nacional de Salud de la Niñez.
- Romo, Nuria (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Ruiz-Olivares, Rosario & Chulkova, Mina (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Revista Clínica y Salud*, 27(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.001>
- Schamp, Julie; Simonis, Sarah; Roets, Griet; Van Havere, Tina; Gremeaux, Lies & Vanderplasschen, Wouter (2020). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 175-189. <https://doi.org/10.1177/1455072520964612>
- Schraiber, Lilia & d'Oliveira, Ana (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, 10(3), 301-312. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.394>
- Silva, Érika; Pereira, Adriana & Penna, Lúcia (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00110317>
- Silva, Patricia; Souza, Cecília & Peres, Simone (2021). Drug Use and Gender in the Life Histories of young, middle class adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Saúde E Sociedade*, 30(3). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200665>

Urbano, Aurora & Arostegi, Elisabete (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto.

Valls, Ester; Geldschläger, Heinrich & Ginés, Oriol (2012). *Opinions i necessitats respecte a la perspectiva de gènere a la XAD*. Agència de Salut Pública de Catalunya: Generalitat de Catalunya.

http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/perspectiva_genere/arxiu/412_drogues_informe_questionari_drogues_i_genere_2012_amb_marcadors.pdf



KATHERIN ROJAS-ESPÍNOLA

Académica de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH). Doctoranda en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Universidad Autónoma de Barcelona. Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile. Especialización en temáticas de drogas, género, maternidad e infancia.

katherin.rojas.e@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7876-9720>

JENNY CUBELLS SERRA

Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Profesora agregada en el grado de Psicología y Criminología de la UAB y en los Másteres Oficiales siguientes: Máster Universitario en Investigación e Intervención Psicosocial MURIP, Máster Universitario de Psicología General Sanitaria MUPGS y Máster Oficial de Psicología Jurídica y Forense.

jenny.Cubells@uab.cat

<https://orcid.org/0000-0002-2811-8436>

MAITE TUDELA MARÍ

Vicepresidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD). Psicóloga clínica especializada en género y su intersección con drogas y salud mental.

maite.tuma@gmail.com

RECONOCIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado en el marco del programa de doctorado en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El estudio se enmarca en el proyecto Creación de un instrumento de evaluación de perspectiva de género en las entidades de la FCD, trabajo conjunto que desarrolla la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) y la Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas, Generalitat de Catalunya.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la investigación.

FORMATO DE CITACIÓN

Rojas-Espínola, Katherin; Cubells, Jenny & Tudela, Maite (2024). Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. *Quaderns de Psicologia*, 26(2), e1980. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1980>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 13-11-2022

1ª revisión: 23-03-2023

2ª revisión: 31-10-2023

Aceptado: 29-01-2024

Publicado: 01-08-2024